
Личностные расстройства
Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева
ПИТЕР

Цезарь Короленко

Личностные расстройства

«Питер»

2010

Короленко Ц. П.

Личностные расстройства / Ц. П. Короленко — «Питер», 2010

Эта книга существенно отличается от имеющихся публикаций, посвященных личностным расстройствам. В ней пересмотрены и расширены в соответствии с новыми данными клинические характеристики личностных расстройств. Описаны личностные расстройства, которые не входят в DSM-IV-TR (2000). Особое внимание уделено диссоциативному расстройству идентичности, которое нередко либо не диагностируется вообще, либо диагностируется ошибочно. Подробно рассмотрены вопросы этиологии и механизмов развития личностных расстройств, представлены особенности терапии, в том числе диалектической поведенческой, когнитивной, психодинамической и др. Приведены современные сведения о сочетанном психотерапевтическом и психофармакологическом подходах к лечению и коррекции личностных расстройств.Издание предназначено для широкого круга профессионалов из числа психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и представителей смежных специальностей.

Содержание

Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева
Личностные расстройства

Предисловие

В исследованиях последних пяти лет мы уделяли специальное внимание личностным расстройствам [1–3]. Сегодня стало очевидным, что проблема личностных расстройств выходит за пределы интересов классической психиатрии и в той или иной степени затрагивает многих людей. Речь идет не только о лицах с клиническим диагнозом личностного расстройства, но и о тех, у кого хотя и недостаточно выражены требуемые для диагностики признаки, тем не менее, из-за них они испытывают серьезные трудности в общении, личной жизни, профессиональной деятельности. Для значительной части этих людей типичны постоянная неудовлетворенность жизнью, психологический дискомфорт, неуверенность в себе, колебания в принятии даже относительно простых решений.

Личностные расстройства и близкие к ним состояния, называемые иногда «теневыми синдромами» [20], многообразны, обычно они не обнаруживаются при однократном, тем более поверхностном, обследовании. Пациенты с личностными расстройствами часто стараются проявить себя с лучшей стороны в общении со специалистом, скрыть или преуменьшить свои проблемы, прибегая в качестве психологической защиты к использованию различных вариантов ролевого поведения. В результате всегда существует риск неправильной оценки таких людей, их характерологических черт, истинного отношения к себе и другим. За маской формального ролевого поведения нередко скрываются зависть, агрессивность, импульсивность, слабость идентичности и др.

Кроме «ускользания» личностных расстройств от диагностики, существует опасность постановки ошибочного диагноза, когда личностное расстройство оценивается как психическое заболевание. Это связано с тем, что в период декомпенсации (обострения) в течение определенного (обычно короткого) времени на фоне личностного расстройства могут развиваться психические нарушения психотического уровня. Следует учитывать также, что ряд личностных расстройств даже при отсутствии их декомпенсации проявляется нарушениями поведения и симптомами, которые недостаточно квалифицированный и/или нацеленный на упрощенную модель диагностики «симптом-синдром-диагноз» психиатр может квалифицировать как психическое заболевание, отсутствующее у пациента в действительности.

DSM-IV 1994 года (APA), DSM-IV-TR 2000 года (APA) – классификаторы психических расстройств Американской психиатрической ассоциации – определяют личностное расстройство как «длительный паттерн внутреннего переживания и поведения, который отчетливо отклоняется от ожиданий культуры индивидуума, пронизывает его, не проявляет гибкости, имеет свое начало в подростковом ил и раннем взрослом периоде, обнаруживает стабильность длительное время и приводит к дистрессу или нарушению» (APA, 1994).

Многоосевой DSM постоянно развивает классификацию личностных расстройств, которые размещены на Второй оси (Axis II). На этой же оси располагаются стабильные, практически мало обратимые длительные психические расстройства, такие как нарушения или задержка умственного развития. В противоположность этим нарушениям, на Первой оси (Axis I) находятся преходящие обратимые нарушения, которые появляются и исчезают. Некоторые авторы называют эти расстройства «симптомными» [22], т. к. пациенты с нарушениями, относящимися к Первой оси, часто имеют психические отклонения («симптомы»), которые их беспокоят и требуют лечения.

Лица с расстройствами, относящимися ко Второй оси (Axis II), нередко не находят у себя болезненных проявлений и считают, что их трудности обусловлены отрицательными факторами жизненной среды – семейного или производственного характера, и что они не нуждаются в клиническом лечении. Таким образом, отношение пациентов к нарушениям, относящимся к Первой оси, носит ego-дистонный, т. е. чуждый, несвойственный ego характер, в то время как нарушения Второй оси, в данном случае, личностные расстройства, ego-синтонны, т. е. рассматриваются пациентами как присущие им характерологические особенности и/или естественные реакции на сложившуюся ситуацию.

У пациентов с «симптомными» психическими нарушениями нередко не диагностируют личностное расстройство, поскольку эти нарушения выступают на первый план, они легче устанавливаются, носят обычно более явный, драматический, привлекающий внимание характер. Это прежде всего галлюцинации, бредовые идеи, нарушения сознания, «большие нарушения настроения» и др. Диагностика личностного расстройства требует дополнительной информации, анализа межличностных отношений, взаимодействия пациента с окружающими, а также специального психологического обследования.

Специалистам при обследовании пациентов полезно принимать во внимание метафору Дж. Дерксена (J. Derksen) [7]: диагноз нарушений на Первой оси «значит не многим больше, чем билет на театральное представление», которое развертывается на Второй оси.

Вопрос о связи личностных расстройств с «симптомными» нарушениями Первой оси во многом остается невыясненным, хотя имеются данные о предрасположенности лиц с конкретным личностным расстройством к тому или иному психическому нарушению (расстройствам Первой оси) [21]). Так, например, пациенты с шизотипическим личностным расстройством предрасположены к развитию шизофрении; для зависимого личностного расстройства характерен риск возникновения депрессии; социальная фобия часто возникает у лиц с личностным расстройством избегания. Констатируется тенденция к злоупотреблению алкоголем и другими веществами, изменяющими психическое состояние, при антисоциальном личностном расстройстве.

У одного и того же пациента могут присутствовать признаки, свойственные различным личностным расстройствам. Т. Видигер (T. Widiger) [21] обнаруживал приблизительно у ⅔ пациентов с личностным расстройством, по крайней мере, признаки еще одного.

Классификация личностных расстройств по DSM-IV-TR размещает последние в трех кластерах «А», «В» и «С»:

1. В кластер «А» входят параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства. Их объединяет странное или эксцентричное поведение.

2. Кластер «В» объединяет нарушения, которые характеризуются неадекватностью, импульсивностью, эмоционально драматическими проявлениями, а также антисоциальное, пограничное, нарциссическое и гистрионическое личностные расстройства.

3. Для нарушений кластера «С» типичны тревога и боязливость. К нему относятся обсессивно-компульсивное, зависимое и расстройство избегания.

Наряду с классификациями DSM-IV-TR, ICD-10, МКБ-10, существует структурно-динамическая классификация личностных расстройств, основанная на психодинамическом понимании личностной структуры и организации человека [9]. Личностная организация здесь определяется как нормальная, пограничная, психотическая, в зависимости от степени структурной интегральности личности. Имеется в виду, как индивидуум может справляться с конфликтами, тревогой, другими выраженными эмоциональными переживаниями. В этой классификации личностные расстройства кластера «А» соответствуют психотическому, кластера «В» – пограничному, кластера «С» – невротическому уровням. Лица с более высоким уровнем организации (кластер «С») обычно используют более зрелые формы психологической защиты; пациенты кластеров «В» и особенно «А» – более примитивные. Классификация Н. Макви-

льямса (N. McWilliams) [9] хорошо дополняет классификацию DSM и способствует лучшему пониманию проблемы.

Большое значение для дальнейшего развития учения о личностных расстройствах имеет прототипическая классификация Т. Миллона (T. Millon), Р. Дэвиса (R Davis.) [14]. Выделенные в DSM личностные расстройства рассматриваются ими на трех первичных параметрах:

а) «Я» («Self») – другой;

б) активность – пассивность;

в) удовольствие – боль.

Т. Миллон [14] идентифицировал различные дезадаптивные стратегии поведения, являющиеся основным проявлением личностного расстройства. «Эти стратегии, по словам Миллона, отражают, какие стимулы индивидуумы обучились искать или избегать (удовольствие – боль), где они стараются достичь их (Я – другие) и как они обучились вести себя, чтобы устранить или избежать их (активность – пассивность)». Например, исходя из этой модели, Т. Миллон характеризует лиц с гистрионическим личностным расстройством, как людей, имеющих высокие показатели по параметрам «активность» и «другой» [14, с. 67]. В результате гистрионические индивидуумы находятся в безудержном поиске эмоционального подкрепления и стимуляции исключительно из внешних источников.

Т. Миллон и Р. Дэвис [14] предложили, чтобы все личностные расстройства, включенные в DSM, оценивались с позиции этой модели в рамках трех возможных полярных состояний:

1. Личность с дефицитарностью, для которой характерна стратегия (стиль жизни) с неспособностью акцентуировать две стороны полярности. Так, например, шизоидный индивидуум проявляет дефицитарность как в его/ее способности к поиску приятных, так и в избегании болезненных переживаний.

2. Несбалансированная личность, акцентуирующая одну сторону полярности с одновременным исключением другой. Так, например, человек с зависимым личностным расстройством полностью зависит от других и практически не способен к самостоятельности.

3. Конфликтная личность колеблется между двумя полярностями, что характерно, например, для лиц с пограничным личностным расстройством, резко изменяющих свои оценки и стиль поведения.

Т. Миллон [13] предложил комплекс психологических тестов для выявления личностных особенностей и стилей. К ним относятся, прежде всего, MSMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory III; [13]). С помощью этого инструмента осуществляется прямая идентификация личностных расстройств. Тест представляет собой дальнейшее развитие тестов Т. Миллона 1977 года (MSMI–I [11], MSMI–II [12]).

Кроме того, предложенный Миллоном Указатель личностных стилей MIPS [13] позволяет установить латентные личностные элементы, которые трудно выявить при обычном клиническом обследовании. На его основе можно идентифицировать разные стороны полярностей.

Наиболее современный MSMI–III представляет собой вопросник из 175 вопросов с 24 клиническими и тремя добавочными шкалами: раскрытия, желаемости, унижения. Добавочные шкалы выявляют тенденции к созданию впечатления о себе в обществе. Клинические шкалы охватывают все личностные расстройства, входящие в последние DSM классификации: DSM-III-R (APA, 1987) и DSM-IV, DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000).

Имеются также шкалы синдромов нарушений, относящихся ко Второй оси, входящие в приложения DSM-III-R и DSM-IV: самопораженческого, мазохистического, пассивно-агрессивного, садистического и депрессивного личностных расстройств.

Наконец, в MCMI–III содержится инструмент идентификации нарушений, расположенных на Первой оси, он включает нарушения шизофренического спектра, алкогольные и наркоманические проблемы, аффективное и посттравматическое стрессовое расстройства.

Т. Миллон [13] подчеркивает, что личностные расстройства лучше всего описаны в качестве прототипов (поэтому появился термин «прототипическая классификация») [8], которые разделяются на различные варианты, внутри которых сохраняется основная, свойственная конкретному расстройству, стратегия поведения, но могут появляться элементы из кода/кодов других личностных расстройств. Так, в рамках нарциссического личностного расстройства Т. Миллон [14] выделяет четыре субтипа:

а) «элитный» субтип, с повышением показателей только на нарциссической шкале;

б) «любовный» (amorous) субтип, с повышением характеристик на нарциссической и на гистрионической шкалах;

в) «беспринципный» субтип с повышением показателей на нарциссической и антисоциальных шкалах;

г) «компенсаторный» субтип с повышением показателей на нарциссической и пассивно-агрессивной шкалах, а также на шкале избегания [14].

Субтипы личностных расстройств мало изучены и, очевидно, зависят во многом от воздействия социальных и культуральных факторов. Знание клинических характеристик, возникающих из матричного прототипа субтипов личностного расстройства, очень важно для выбора адекватных методов терапии с воздействием на наиболее заинтересованное полярное звено с целью смягчения односторонности и установления сбалансированной стратегии поведения.

Рассмотрение личностных расстройств в настоящей книге существенно отличается от их анализа в отдельных главах наших предшествующих публикаций. Клинические характеристики личностных расстройств подверглись пересмотру и расширению в соответствии с новыми данными. Дополнительно приводятся описания личностных расстройств, которые не входят в DSM-IV-TR (2000). Тем не менее лица с их признаками часто встречаются в реальной жизни и создают серьезные специфические проблемы для себя и окружающих их людей.

Особое внимание уделено практически не известному российским психиатрам диссоциативному расстройству идентичности. Это нарушение до сих пор не диагностируется или, что еще хуже, диагностируется ошибочно, что приводит к различным (медицинским, психологическим, социальным) отрицательным последствиям.

Рассматриваются вопросы этиологии и механизмов развития личностных расстройств в свете теории «Я»-объектных отношений [10, 15, 23]. Анализируется значение неадекватного парентинга (родительствования), интернализации ранних отношений [5], психической травматизации, нарушений аттачмента (привязанности). Согласно И. Пирсон (E. Person), А. Купер (A. Cooper), Г. Габбард (G. Gabbard) [17], аттачмент является «биологически основанной связью между ребенком и осуществляющим о нем заботу человеком; связью, которая обеспечивает безопасность, выживание и эмоциональное благополучие ребенка». Сила привязанности оказывает мощное влияние на особенности формирующейся психической структуры и межличностные отношения.

В книге акцентируется роль интерзависимостей, взаимной эмпатии (сочувствия), «обоюдности» в различных аспектах. Нормальное развитие личности оказывается результатом не столько внутреннего развития личностной организации, сколько итогом увеличения степени включенности в отношения. Признаком адекватного развития считается формирование «пяти хороших вещей» (терминология Дж. Миллер и И. Стайвер [10]):

1) повышенное чувство наличия энергии;

2) повышенное знание себя, других, отношений;

3) способность к действиям и творчеству;

4) чувство собственной значимости, хорошего отношения к себе и другим;

5) желание большей связи с другими, формирование расширенного круга таких связей, создание социальной организации.

Целью коррекции является вывод пациентов с личностными расстройствами из состояния социальной изоляции и включение в сферу обоюдных отношений.

Особое внимание в книге уделяется вопросам терапии личностных расстройств. В ней представлены современные психотерапевтические модели и фармакотерапия, сочетание психотерапии, фокусированной на переносе, с фармакотерапией. Специально рассматриваются: диалектическая поведенческая терапия; когнитивная терапия [6, 18, 19]; психодинамическая терапия и др. Приводятся данные из литературы и собственного опыта о комплексном психотерапевтическом и психофармакологическом подходах к лечению и коррекции личностных расстройств. Анализируются особенности лечения личностных расстройств у пациентов/пациенток с двойным диагнозом при сочетании личностного расстройства с химической зависимостью и депрессией и другими кратковременными нарушениями психотического уровня.

Список литературы

1. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический Проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. – 460 с.

2. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., Загоруйко Е. Н.* Идентичность в норме и патологии. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2000. – 256 с.

3. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Психосоциальная аддиктология. – Новосибирск: Изд-во ОЛСИБ, 2001. – 251 с.

4. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Психоанализ и психиатрия: Монография. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2003. – 667 с.

5. *Akhtar, S.* Early Relationships and Their Internalization. In E. Person, A. Cooper, G. Gabbard, (Eds.) Textbook of Psychoanalysis, 2005. – 39–56 p.

6. *Beck, A., Freeman, A.* et al. Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, Guilford, 1990.

7. *Derksen, J.* Personality Disorders: Clinical and Social Perspective. Chichester. New York, John Wiley, 1995.

8. *Magnavita, J.* Classification, Prevalence, and Etiology of Personality Disorders: Related Issues and Controversy. In J. Magnativa (Ed.) Handbook of Personality Disorders. Hoboken. New Jersey, Wiley and Sons. (p. 8), 2004.

9. *McWilliams, N.* Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in Clinical Practice. New York, Guilford Press, 1994.

10. *Miller, J., Stiver, I.* The Healing Connection: How Women form relationships in Therapy and in Life. Boston, Beacon Press, 1997.

11. *Millon, T.* Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual. Minneapolis, M.N: National Computer Systems, 1977.

12. *Millon, T.* Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual II. Minneapolis, M.N: National Computer Systems, 1987.

13. *Millon, T., Weiss, L., Davis, R.* Millon Index of Personality Styles (MIPS) Manual San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1994.

14. *Millon, T., Davis, R.* Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond. New York, Wiley, 1996.

15. *Jordan, J.* Women's Growth in Diversity. New York, Guilford Press, 1997.

16. *Linehan, M.* Dialectical Behavior Therapy of Borderline Personality Disorders. New York, Guilford Press, 1993.

17. *Person, E., Cooper, A., Gabbard, G.* Textbook of Psychoanalysis. American Psychiatric Publishing, 2005. – 548 p.

18. *Pretzer, J.* Cognitive-Behavioral Approaches to the Treatment of Personality Disorders. In C. Perris, P. McGorry (Eds.) Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice. New York: Wiley, 1998. – 269–292 p.

19. *Pretzer, J.* Cognitive Therapy of Personality Disorders. In J. Magnativa (Ed.) Handbook of Personality Disorders. Hoboken. New Jersey, Wiley, 2004. – 169–193 p.

20. *Ratey, J., Johnson, C.* Shadow Syndroms. New York, Warner Books.

21. *Widiger, T.* DSM-IV Reviews of the Personality Disorders: Introduction to Special Series. Journal of Personality Disorders, 1998 (5) – 122–134 p.

22. *Widiger, T., Costa, P., McCrae, R.* A Proposal for Axis II: Diagnostics Personality Disorders Using the Five-factors Model. In P. Costa, T. Widiger (Eds.). Personality Disorders and the Five-F actors Model of Personality (2nd ed., pp.431–456). Washington, DC, American Psychological. Association, 2002.

23. *Winnicott, D.* Ego Distortion in Terms of True and False self. In The Maturational Process and the Facilitating Environment. New York, International Universities Press, 1960. – 140–152 p.

Введение

Личностные и диссоциативные расстройства, несмотря на их широкую распространенность и нарастающее социальное значение, к сожалению, до настоящего времени не привлекли к себе достаточного внимания специалистов в России. Ситуация не является случайной и, очевидно, связана с рядом факторов, среди которых можно выделить следующие:

1) неинформированность о современном состоянии вопроса;

2) влияние старой концепции «психопатий», распространяющейся на все формы личностных расстройств;

3) недостаточная популярность психосоциальной парадигмы среди психиатров, которые в клиническом мышлении преимущественно ориентированы на биологическую сторону вопроса (парадигма – это понятие, включающее теорию, модели, гипотезы. В данном контексте – также методы диагностики, предупреждения и коррекции личностных расстройств);

4) отсутствие опыта в клиническом применении концепции «двойного диагноза».

Отсутствие своевременной информации у специалистов о личностных и диссоциативных расстройствах сказывается на особенностях диагностики, клинических проявлений, механизмов динамики и терапии. Недостаточность информации особенно заметна при работе с этими формами психических нарушений, в связи с постоянно появляющимися новыми данными, изменяющимися оценками и методами. Практика показывает, что психиатры, а также специалисты в других областях, сталкивающиеся с личностными расстройствами, наименее осведомлены о клинических характеристиках самых распространенных форм кластера «B» (DSM-IV-TR): антисоциальных, пограничных, нарциссических.

Трудность восприятия концепции личностных и диссоциативных расстройств во многом обусловлена сохраняющимся влиянием прежних представлений о «психопатах» – этот термин в России был заменен МКБ-10 на термин «личностные расстройства» только в 1999 году. Термин «психопатия» нес определенную психологическую нагрузку и ассоциировался в сознании психиатров с состояниями, напоминающими по своей клинической картине эндогенное психическое заболевание, – параноидные, шизоидные личностные расстройства (кластер «A» DSM-IV-TR). Другие формы личностных расстройств, прежде всего такие, как антисоциальное, пограничное, нарциссическое, фактически выпадают из поля зрения или приобретают неопределенное содержание, приближающееся к бытовому. Конкретные признаки/симптомы, свойственные личностному расстройству, при этом не учитываются и не используются для диагностической оценки.

Определенным препятствием для диагностики и многосторонней оценки личностных расстройств является жесткая приверженность психиатров биомедицинской парадигме, в рамках которой выстраиваются гипотезы, модели, проводится диагностирование, анализируются механизмы возникновения и развития нарушения, назначается терапия. Традиционное клиническое мышление во многих случаях предопределяет настороженность при использовании психосоциальной (психодинамической) парадигмы, которая особенно необходима при разработке подходов к проблеме личностных и диссоциативных расстройств.

До настоящего времени не получила широкого применения в диагностических оценках и концепция «двойного диагноза» – двухслойной или многослойной структуры психических нарушений. Первичная диагностика часто ограничивается выявлением симптомов, находящихся «на поверхности», сравнительно легко выявляемых в процессе интервьюирования и кратковременного наблюдения. При этом может упускаться из вида существование психических нарушений более глубокого уровня, на основе которых развилось диагностируемое расстройство. К таким более глубоким и малообратимым нарушениям относятся, в частности, личностные расстройства.

Невыявлению последних объективно способствует отсутствие в МКБ-10 (как и в ICD-10) осевых дифференциаций с выделением относящихся к Первой оси поверхностных, сравнительно кратковременных обратимых расстройств и необратимых или малообратимых расстройств, локализованных на Второй оси (DSM-IV-TR).

Традиционно психические нарушения относят к специальности «психиатрия», которая занимается диагностикой, анализом механизмов и лечением психических заболеваний. Психиатрия в учебных руководствах является такой же медицинской дисциплиной, как терапия, хирургия и др., и она функционирует в рамках биомедицинской парадигмы. В диапазон задач, которые призваны решать все медицинские специальности, в том числе и психиатрия, входит изучение этиологии (причин нарушений), клинических характеристик (симптомов и синдромов), особенностей диагностики, применяемых методов лечения. В психиатрии подчеркивается значение генетических факторов, генетической предрасположенности в развитии эндогенных психических заболеваний (шизофрении, нарушений настроения); «органического фактора» – мозговых повреждений в возникновении различных психических нарушений.

В рамках этой дисциплины выявляется связь и исследуются особенности психических расстройств, возникающих в связи с соматическими болезнями, эндокринными нарушениями, сердечнососудистой патологией и др.

Тем не менее существует большое количество психических нарушений, развитие которых невозможно объяснить исключительно в рамках биомедицинской парадигмы. К ним относятся и личностные расстройства, адекватная оценка которых затруднительна без использования подходов, моделей, методов коррекции, гипотез, относящихся к психосоциальной парадигме. Более того, известен ряд фактов, свидетельствующих о том, что и другие, в том числе причисленные к эндогенным психические нарушения и их динамика также не могут оцениваться и пониматься исключительно в границах биомедицинской парадигмы. Например, известно, что шизофрения протекает значительно благоприятнее в регионах, где практически отсутствует психофармакологическое лечение. В Центральной Африке, в отдаленных от цивилизации районах Южной Америки течение шизофрении, в целом, менее деструктивно, чем, например, в США, Канаде, странах Западной Европы. Наблюдаемый парадокс нельзя объяснить с биомедицинской точки зрения.

Следующий пример относится к химическим аддикциям. Согласно общепринятой в психиатрии точке зрения, героиновая наркомания является одной из наиболее тяжелых и неблагоприятных форм аддикций, протекающих с чрезвычайно тяжелыми симптомами отнятия (абстиненции). Считается, что излечение от героиновой наркомании представляет собой сложную задачу и, как правило, в условиях стационара, т. к. пациенты/пациентки не в состоянии самостоятельно без профессиональной помощи справиться с симптомами отмены. Однако в эту концепцию совершенно не укладываются данные о том, что многие лица с физической зависимостью от героина могут без специального лечения прекратить его употребление. На это указывают данные Ли Робинса (L. Robins et al) в отношении злоупотребляющих героином военнослужащих США, вернувшихся из Вьетнама и прекративших употребление героина в домашних условиях [14].

На возможность самостоятельного преодоления наркоманий указывают Д. Волдорф и П. Бернацки (D. Woldorf, P. Biernacki, 1986) (цит. по С. Пили (S. Peele), А. Бродски (A. Brodsky) [14]). Подобные положительные исходы оказывались напрямую связанными с семейной поддержкой, мотивацией к возрождению, оживлению прежних интересов к жизни под влиянием позитивных психосоциальных факторов. Использование самопомощи, акцент на активизации религиозного чувства в преодолении химических аддикций свидетельствуют об эффективности продолжительного активного участия аддиктов в обществах типа Анонимных алкоголиков/наркоманов, Анонимных гэмблеров (азартных игроков), а также в обществах, строящихся

на других идеологических подходах, как, например, Общество рационального выздоровления (Rational Recovery).

Помимо современных официальных классификаторов психических заболеваний (ICD-10, DSM-IV-TR, МКБ-10), для оперативных подходов можно использовать упрощенную обобщающую схему диагностических оценок Н. Маквильямса [9], в которой личностные расстройства выделяются в рамках одной из трех групп:

1) психические нарушения непсихотического уровня;

2) личностные расстройства;

3) психические нарушения психотического уровня.

Согласно данным американского специалиста по личностным расстройствам Д. Ликкена (D. Lykken) [8], эти нарушения обнаруживаются не менее чем у 10–12 % населения. Автор ссылается на результаты психологического обследования респондентов, прошедших добровольное дополнительное обследование на выявление личностных расстройств. Приблизительно такие же данные приводит П. Кернберг (P. Kernberg) [6].

Понимание возникновения и динамики личностных расстройств невозможно без анализа психосоциальных факторов, воздействующих на ребенка, начиная с наиболее ранних периодов его жизни. Большое значение имеет младенческий период, неудовлетворение психобиологических потребностей в это время приводит к формированию «основной недостаточности» [1], которая препятствует развитию нормальной когезивной (спаянной) идентичности.

Одной из причин развития личностных расстройств является неадекватная стратегия воспитания. Ряд авторов обращают внимание на то, что в настоящее время во многих семьях, дошкольных и школьных учреждениях воспитание детей осуществляется по модели, заимствованной из педагогики стопятидесятилетней давности. В соответствии с этой моделью воспитание основывается на авторитарном принципе. У детей воспитывается полная подчиненность родителям, они не могут высказывать свое мнение и, тем более, отстаивать его в соответствии с принципом «родители всегда правы, потому что они родители. Ребенок всегда не прав, потому, что он ребенок». У детей воспитывается низкая самооценка и чувство стыда за себя: «Я – плохой/плохая, и поэтому я плохо поступаю». В рамках этой модели не приветствуется проявление ребенком положительных эмоций, т. к. это рассматривается как признак эгоизма [2, 5, 11, 12]. Подобный стиль воспитания способствует развитию комплексов зависимости, депрессивных состояний.

Отрицательное воздействие оказывает неглектное (пренебрегающее) воспитание, когда ребенок не получает соответствующего его психологическим потребностям количества положительных эмоциональных стимулов со стороны людей, заботящихся о нем, прежде всего матери.

Чрезвычайно серьезными могут быть последствия физической, психологической, сексуальной травматизации ребенка, что в ряде случаев приводит к развитию раннего посттравматического стрессового расстройства. Последнее до сих пор редко диагностируется психиатрами, хотя приводит к развитию стойких личностных изменений, выходящих на уровень личностного расстройства.

Диагностика, оценка, анализ механизмов возникновения и развития, лечения личностных расстройств строятся на использовании подходов, применяемых в клинической, психодинамической психиатрии, современной психотерапии и психофармакологии с использованием не вызывающих побочных действий современных атипичных антидепрессантов и нейролептиков.

Проблема личностных расстройств в современной психиатрии тесно связана с «двойным диагнозом», это обусловлено фактом возникновения на основе личностных расстройств, в частности, кратковременных, относительно обратимых психических нарушений. К числу последних относятся фобии, генерализованное тревожное расстройство, депрессия, аддиктив-

ные расстройства в химических и нехимических вариантах и др. В психиатрической практике в течение длительного времени могут диагностироваться только эти «поверхностные» психические нарушения, а наличие личностного расстройства не обнаруживается. Это приводит к недостаточной терапии, эффект которой оказывается неполным и кратковременным. Подобные ситуации, к сожалению, типичны.

Здесь следует принимать во внимание и то обстоятельство, что пациенты, обращающиеся к специалистам, предъявляют жалобы, прежде всего, на расстройства, которые воспринимаются ими как ego-дистонные болезненные проявления. Пациенты стремятся избавиться от этих чуждых им переживаний. По-другому воспринимаются признаки личностного расстройства, они переживаются как присущие «Я» ego-синтонные проявления, которые, с точки зрения пациентов, не нуждаются в медицинской коррекции.

Одним из возможных компонентов двойного диагноза при личностных расстройствах является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), возникающее как следствие тяжелой психической травмы. Особенности его течения, как и вероятность развития, во многом зависят от личностных характеристик пациентов. Например, ПТСР у лиц с личностным расстройством из кластера «А» отличается по своим клиническим проявлениям и течению от ПТСР у лиц с личностными расстройствами из кластера «С». Более того, возникновение ПТСР бывает часто обусловлено не только тяжелой психической травмой во взрослом возрасте, но и психическими травмами в предшествующие периоды жизни (детство, подростковый период). Эти ранние психические травмы обычно не выявляются, в связи с их подавлением (репрессированием) и размытостью (диссоциацией). К ним относятся, прежде всего, хроническое избивание ребенка (battering), сексуальное насилие, постоянные унижения, издевательства. Изолированный диагноз ПТСР как результат какой-то единственной тяжелой психической травмы в подобных случаях недостаточен и приводит к неполноценной терапии.

На основе личностных расстройств часто возникают аддикции, и в этих случаях, если лечение ограничивается фиксацией только на аддиктивной проблеме, а наличие личностного расстройства пропускается, эффект антиаддиктивной терапии оказывается кратковременным и разочаровывает лиц, которые надеялись на другой результат.

В настоящее время приходится встречаться и с более сложными по структуре психическими нарушениями, когда на фоне личностного расстройства развиваются эмоциональные нарушения (депрессии, тревожные состояния), которые, в свою очередь, провоцируют злоупотребление различными изменяющими психическое состояние веществами. По данным Д. Ортмэна (D. Ortman) [13], обследовавшего большое количество пациентов, 29 % лиц, лечившихся по поводу эмоциональных нарушений, злоупотребляли различными веществами. Они обращались к специалистам за помощью в связи, например, с депрессией или тревогой, но скрывали это злоупотребление, что отражалось на качестве диагностики. Автор сообщает, что 53 % лиц с аддиктивными химическими проблемами имеют серьезные, в том числе личностные, психиатрические проблемы. Нами [7] в 1971 году была выявлена йота-форма алкогольной аддикции, при которой злоупотребление алкоголем было связано с использованием последнего как средства, снимающего симптомы некоторых нарушений непсихотического уровня. К числу последних относятся витальный приступообразный страх, социальная фобия, импотенция. В течение последних лет у ряда пациентов/пациенток с йота-формой обнаруживались признаки личностных расстройств тревожного кластера.

При лечении пациентов с аддикциями на базе личностного расстройства имеется специфика, без учета которой терапевт неизбежно попадает в ловушку, следуя практике, принятой в терапии неотягощенных аддиктивных нарушений. При конкретных формах личностных расстройств ситуация может выглядеть по-разному. Так, например, при пограничном личностном расстройстве необходимо учитывать характерные для последнего неожиданные резкие смены эмоционального состояния, которые не контролируются на сознательном уровне. Нельзя рас-

считывать на возникновение духовного пробуждения и активации конструктивных мотиваций у лиц с антисоциальным личностным расстройством. Их эгоцентризм и отсутствие рефлексии по отношению к тому, как их поведение травмирует близких, ставит даже перед высококвалифицированным специалистом почти неразрешимую задачу, делает проблемной возможность работы по двенадцатишаговой программе. Тем не менее и в этих случаях остаются некоторые зацепки, связанные с эгоцентризмом антисоциальных пациентов, их ориентацией на сохранение имиджа сильной личности, контролирующей ситуацию. Следует учитывать, что антисоциальное поведение не однородно, оно выявляет последовательность форм от менее тяжелых, сочетающихся с нарциссизмом, до более тяжелых «ядерных» нарушений.

К. Ивэнс (K. Evans) и С. Салливан (J. Sullivan) [3] считают, что повторяющееся воздействие на антисоциальных пациентов отрицательных последствий их поведения в процессе терапии может убедить их в том, что их поступки являются причиной многих неприятностей. Этот эффект усиливается при проведении групповой психотерапии.

Лица с пограничным личностным расстройством также проявляют выраженную тенденцию к аддиктивным реализациям (С. Стюарт (S. Stewart) [15] и др.). Употребление веществ, изменяющих психическое состояние, связано у них обычно со стремлением смягчить или устранить неприятные эмоциональные переживания, а также нередко является компонентом в структуре импульсивности. В последнем случае аддиктивные реализации особенно интенсивны и социально опасны.

На фоне интоксикации алкоголем и другими веществами усиливается риск самоповреждающего поведения, несчастных случаев, физической и сексуальной травматизации (Д. Майхенбаум (D. Meickerbaum) [10] и др.).

Прекращение аддиктивных реализаций при пограничном личностном расстройстве эквивалентно безопасности и является базисной линией терапии при двойном диагнозе [4].

Двойной диагноз при личностных расстройствах включает не только аддиктивные нарушения, но и большой диапазон друг их патологий, которые способны оказывать влияние на клиническую картину и динамику самого личностного расстройства, одновременно находясь под влиянием последнего. Эта взаимосвязь требует дальнейшего изучения как в плане особенностей клинических проявлений и течения, так и разработки эффективных комплексных терапевтических подходов.

Список литературы

1. *Balint, M.* Basic Fault. Evanston.ILL. Northwestern University Press, 1992.

2. *Bradshaw, J.* Healing the Shame That Binds You. Deerfield Beach, FL. Health Communications, 1988.

3. *Evans, K., Sullivan, J.* Treating Addicted Survivors of Trauma. New York, Guilford Press, 1995.

4. *Evans, K., Sullivan, J.* Dual Diagnosis. New York, Guilford Press, 2001.

5. *Forward, S.* Toxic Parents. New York, Bantam Books, 1990.

6. *Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K.* Personality Disorders in Children and Adolescents. New York, Basic Books, 2000.

7. *Korolenko, C., Dikovsky, A.* The Clinical Classification of Alcoholism. Anali Zavoda za Mentalno Zdralje. Beograd, 1972. v. 1, 5–10 p.

8. *Lykken, D.* The Antisocial Personalities. Hilldale, N.Y. Lawrence Erlbaum, 1995.

9. *McWilliams, N.* Psychoanalytic Diagnosis. New York, Guilford Press, 1994.

10. *Meichenbaum, D.* A Clinical Handbook/ Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adult with PTSD. Waterloo, Ontario, Canada: Institute Press, 1994.

11. *Miller, A.* For Your Own Good. Hidden Cruelty in Child Rearing and the Roots of Violence. New York, Farrar Straus Giroux, 1983.

12. *Miller, A.* Prisoners of Childhood. New York, Basic Books, 1984.

13. *Ortman, D.* The Dual Diagnosis Recovery Textbook. Chicago, New York, Toronto, Contemporary Books, 2001.

14. *Peele, S. Brodsky, A.* The Truth About Addiction and Recovery. New York, Toronto, Fireside Book, 1992. – 72–79 p.

15. *Stewart, S.* Alcohol Abuse in Individuals Exposed to Trauma. Psychological Bulletin, 120, 1996. – 83–112 p.

16. *Treating Addicted Survivors of Trauma*. New York, Guilford Press.

Часть I. Личностные расстройства

Параноидное личностное расстройство

Параноидное личностное расстройство, описанное в кластере «А», диагностируется только в случае достаточной выраженности его составляющих.

Согласно DSM-IV, оно характеризуется семью признаками. Наличие четырех из семи признаков является достаточным основанием для установления этого вида нарушения.

Признаки включают:

1) постоянное ожидание без достаточного на то основания эксплуатации со стороны других;

2) опасения, связанные с возможностью нанесения вреда другими;

3) сомнения в отношении лояльности друзей и других связанных с пациентом лиц;

4) склонность видеть скрытые угрозы в замечаниях, высказанных окружающими;

5) неумение прощать мелкие обиды, накапливание их в себе;

6) недоверие к другим, связанное с боязнью, что всякая информация будет использована против тебя;

7) склонность реагировать на небольшие замечания сильной, протрагированной обидой; безосновательные сомнения в верности, например, супруга или сексуального партнера.

Следует помнить, что DSM-IV включает, кроме параноидной шизофрении и параноидного личностного расстройства, еще и параноидное или бредовое нарушение. Следовательно, дифференциальная диагностика прежде всего должна проводиться между параноидным личностным расстройством, параноидной шизофренией и бредовым или параноидным нарушением. Кроме того, возможны и другие соотношения. Так, например, в рамках аффективных психозов могут возникать различные нарушения, напоминающие по своим проявлениям состояния, близкие к вышеперечисленным.

История изучения параноидных нарушений достаточно обширна. И. Крепелин (E. Kraepelin) в 1893 году проводил разграничение между паранойей, парафренией и параноидной шизофренией. Характеризуя паранойю, он отмечал свойственные ей постепенное, медленное, неостанавливающееся развитие и неизменяемую бредовую систему, сопровождающуюся упорядоченным, ясным, не нарушенным мышлением вне бредовой системы. Если пациенты с такого рода расстройствами осуществляют действия и имеют переживания, не входящие в диапазон их бредовых построений, проявляя свои обычные индивидуальные особенности, то бредовая система не вторгается в другие сферы и не определяет функционирование человека во многих областях его жизни. Кроме того, И. Крепелин обращал внимание на отсутствие при паранойе галлюцинаций. Современная психиатрия признает исследования Крепелина, подчеркивая в паранойе наличие тех же клинических признаков.

Согласно З. Фрейду, давшему определение параноидных психозов, механизм возникновения этих состояний базируется, в основном, на защитных реакциях. То есть, с позиций психодинамического подхода в возникновении этих состояний первое место занимает психологическая защита. Сторонники классического психоанализа рассматривали развитие психотического состояния как постепенное ослабление этой защиты по отношению к репрессированным самообвинениям.

Когда самообвинения возвращаются в сознание, человек защищается от них, приписывая другим людям те факты, в которых он обвиняет себя. Клинически обвинения проявляются в виде бредовых идей. Термин и понятие «проекция», имеющие место в вышеописанных явлениях, был введен З. Фрейдом в 1896 году при исследовании этого вида расстройств.

В дальнейшем З. Фрейд расширил свою первичную трактовку и анализ параноидных механизмов на примере автобиографической зарисовки Шребера, изданной в 1903 году. Это эссе носит название «Воспоминание о моем нервном заболевании». Анализируя автобиографию психотического пациента, З. Фрейд пришел к выводу, что его бредовые идеи отражали механизмы отрицания и проекции, которые представляли психологическую защиту в отношении скрытых гомосексуальных желаний пациента, выступая на фоне его психической регрессии. З. Фрейд дал новую интерпретацию бредовым идеям, отраженным в эссе Шребера. В них он распознал реконструкцию реальности, создаваемую пациентом, в попытке таким образом самоизлечиться путем избавления от мучающих его переживаний. Бредовые идеи Шребера, по мнению З. Фрейда, были более «нормальными и здоровыми» для сохранения интеграции личности, чем признание пациентом наличия других нарушений, в особенности, имеющих место гомосексуальных стремлений.

В 1923 году З. Фрейд, говоря о развитии паранойи, придавал большое значение агрессивным побуждениям, оперируя терминами «ego» и «superego» при рассмотрении происхождения и развития бредовых идей. Он подчеркивал также значение раннего соперничества, возникающего между родными братьями и сестрами (сиблингами) (эта идея в последующем была использована А. Адлером (A. Adler)). З. Фрейд видел в механизме этого явления превращение любви в ненависть, что фактически приблизило его к идее об «аутодеструктивном инстинкте».

Поиск связи между латентной гомосексуальностью и развитием бредовых идей предпринимался Р. Найтом (R. Knight) в 1940 году в работе «Отношение латентной гомосексуальности к механизмам параноидных идей». Автор фокусировал свое внимание на ненависти как основной проблеме, способствующей развитию бреда. Эта ненависть, будучи связанной с Эдипальными переживаниями, направлена против фигуры отца или против фигуры брата. Выраженный гомосексуальный внутренний стимул сам по себе рассматривался Р. Найтом как попытка эротизировать и нейтрализировать деструктивную враждебность, при которой сын хочет убить отца, но проявляя к нему любовь, он старается нейтрализовать свое чувство. Этот механизм имеет место, но не срабатывает до конца, т. к. основная ненависть слишком выражена.

А. Бэк (A. Bak) [2] отмечал, что за бредовой реакцией скрывается мазохизм.

М. Кляйн (M. Klein) относила Эдипальный конфликт к раннему периоду жизни, считая, что он появляется уже в течение первого года жизни. С этого времени строится жестокое преследующее superego, которое, по мнению автора, является источником более поздних параноидных отклонений.

По DSM-IV параноидное личностное расстройство диагностируется с восемнадцатилетнего возраста и характеризуется тенденцией интерпретировать действия других людей как направленные на причинение какого-то ущерба, вреда или содержащие угрозу. Выделяется несколько признаков нарушения, наличие четырех из которых считается достаточным для постановки формального диагноза. К этим признакам относятся следующие:

1. Постоянное ожидание подвергнуться эксплуатации, манипуляции, получить повреждение в широком смысле слова со стороны других людей без достаточных на то оснований. Исходное недоверие приводит к развитию подозрительности, а также к тому, что человек с параноидной организацией заранее предвосхищает отрицательное, угрожающее, потенциально опасное поведение окружающих. Исходное недоверие достигает уровня, который может напоминать бредовую идею. Такая настроенность не позволяет ему рассматривать поступки и действия других как случайные. Из рисунка поведения окружающих выхватываются отдельные, имеющие место в действительности, элементы, отдельные фразы, произнесенные замечания, на которые специально обращается внимание. Вышеперечисленные составляющие объединяются, выстраиваются в систему, вычленяющую все отрицательные моменты из общего контекста. Возникает одностороннее восприятие, на основании которого делаются негативные выводы. Если негативный полюс взаимоотношений зафиксировался, то начальные подозри-

тельность и недоверие усиливаются избирательно воспринимаемыми внешними факторами, что приводит к быстрому разрушению формирующихся отношений.

Если лица с параноидным личностным расстройством сходятся с кем-то и начинают близко контактировать, их положительное отношение к этому человеку обычно вскоре меняется на резко отрицательное. Это связано не просто с тем, что ему что-то конкретное не понравилось. Такое изменение вызвано целостным восприятием человека уже не как друга, а как угрозы. Тенденция превращения друзей во врагов чрезвычайно характерна для параноидных личностей. Анализ их жизни позволяет проследить цепочку избирательного отношения. Появившееся отрицательное отношение не имеет обратной тенденции. Более того, в одну систему объединяются те, кого переводят из разряда друзей в категорию врагов. Если человек с параноидным мышлением увидит, что кто-то из его знакомых, разговаривая с «врагом», смеется или проявляет к ней/нему дружеское расположение, возникает убежденность в наличии представляющих угрозу отношений.

2. Сомнения в отношении лояльности знакомых, коллег, друзей и других связанных с собой лиц. Человек с параноидным мышлением легко приходит к убеждению, что эти люди не заслуживают доверия, и от них следует держаться подальше. Рациональный анализ происходящего не помогает прийти к заключению о необоснованности такого отношения, т. к. оценка происходит, в основном, на бессознательном уровне и связана с особенностями бессознательной системы разума, негативно настроенной к окружающим.

3. Опасения, связанные с возможностью нанесения вреда другими. Лицам с параноидным восприятием кажется, что они способны понимать скрытый смысл различного рода замечаний, событий. Они обращают внимание на такие нюансы взаимоотношений, как тон разговора, сопровождающие его невербальные действия. В связи с этим, отсутствие, например, рукопожатия может быть истолковано как выражение пренебрежения и т. д. Они фиксируют мельчайшие детали таких событий и долго думают о них как о чем-то очень важном. В ряде случаев они находят у себя в памяти какой-то другой негатив, подтверждающий первоначально возникшую отрицательную оценку. Четко прояснить реальность воспоминаний не удается. Но это не меняет сути дела, поскольку, даже если многие события из прошлого искажены или вообще не соответствуют действительности, глубинно залегающее в подсознании недоверие выстраивает эти переживания в бессознательной памяти в отрицательный ряд.

4. Неумение прощать мелкие обиды с накапливанием их в себе. Лица с параноидным мышлением обычно не прощают причиненных им обид. Даже если они на сознательном уровне и не думают о том, что их когда-то задевало, бессознательное хранит отрицательные воспоминания, которые постоянно оказывают сильное влияние на их отношения, что меняет характер взаимодействий. Накопление в бессознательной сфере негативных воспоминаний вызывает непереносимые состояния, результатом которых могут стать внезапные, очень сильные, разрушительные эмоциональные реакции, возникающие под влиянием незначительного фактора.

5. Принципиальное недоверие к людям, проявляющееся не как тактический ход по отношению к какому-то конкретному человеку, а как основная стратегия жизни. Они не доверяют людям вообще, поскольку в прошлом те, кому они особенно доверяли, когда-то подвели их. Исходная настороженность касается сообщения даже, казалось бы, нейтральной информации, поскольку она, с их точки зрения, в каких-то ситуациях может быть использована против них.

6. Легкая подверженность психической травматизации, плохая переносимость минимальных психических травм с ответной реакцией на них в виде злости и контратаки.

7. Сомнение в верности супруга/супруги или сексуального партнера/партнерши без достаточных на то оснований.

Какие-то из перечисленных признаков могут преобладать в психической структуре параноидной личности, выступать на первое место, и в таком случае на них особенно фиксируется внимание членов семьи. Анализ показывает, что подозрительность лиц с параноидным

мышлением выходит за пределы супружеской верности. Их психическая организация рождает стремление найти тех, с кем они могли бы установить доверительные контакты и скооперироваться в деятельности против кого-то. Этому мешает их недоверчивость к выбранным лицам, с которыми они хотели бы объединиться.

В 2000 году А. Бек (A. Beck) [3] издал книгу «Узники ненависти», в которой отмечал высокую степень восприимчивости лиц с параноидными характеристиками ко всему, что даже отдаленно подтверждает их исходную подозрительность. Новости из средств массовой информации, рассказы, конкретные примеры, сплетни, наговоры, наветы увязываются в единое целое и используются для подтверждения правильности своей позиции.

Автор обращает внимание на черту параноидного личностного расстройства, не упомянутую в DSM, – отсутствие чувства юмора. Такие пациенты не понимают шуток, не любят юмор, относятся к нему агрессивно. У некоторых из них можно увидеть черты грандиозности, что может в какой-то мере объединять их с нарциссическими лицами.

Психоанализ лиц с параноидным личностным расстройством выявляет механизм проекции, который является основой параноидной личностной организации. Негативные психологические состояния (ненависть, отрицательное отношение к себе, собственные агрессивные желания) проецируются на других. Желание, например, причинить кому-то боль проецируется на другого человека и воспринимается как исходящая от него угроза. Таким образом, отдельные атрибуты психических структур лишаются связи с «Я», проецируются на окружающих и воспринимаются как возможная опасность. Проективный процесс иногда сопровождается идеей грандиозности, выражаемой примерно так: «Они хотят мне навредить из-за зависти. Они не могут достичь того, чего хотят, а я смог, поэтому они стараются причинить мне боль».

Ряд авторов, например, В. Майсснер (W. Meissner) [14], обращают внимание на целесообразность выделения более «здоровых» лиц с параноидной организацией и более «больных». Первые отличаются от вторых силой ego, личностной интеграцией, состоянием идентичности, отношением к реальности и характером объектных отношений.

Лица с параноидной организацией страдают нарушением адаптации. Отсюда возникают серьезные конфликты, разрыв отношений со значимыми и полезными для них людьми и осознание необходимости получения квалифицированной психологической помощи. Реализации потребности в психотерапии препятствует исходное базисное недоверие. Поэтому параноидные личности избегают психотерапии до тех пор, пока не окажутся в ситуациях, вызывающих серьезную социальную дезадаптацию, и понимание того, что без посторонней помощи им просто не обойтись.

Американский аналитик С. Томкинс (S. Tomkins) [23] в работе 1963 года «Аффект, воображение, сознание» обращает внимание на присутствие в бессознательной сфере лиц с параноидными проблемами различных враждебных чувств, к числу которых относится не только злость, но и «всепоглощающий страх». Даже наиболее грандиозные параноидные лица на бессознательном уровне испытывают «ужас деструкции со стороны других». С этим связан сознательный мониторинг каждого взаимодействия на уровне экстремальной бдительности.

Наличие ощущения стыда объединяет их с нарциссическими лицами. Однако восприятие стыда выглядит по-другому. Нарциссические лица даже в случае наглого, развязного поведения боятся осознать чувство стыда. Страх возможного разоблачения заставляет их производить положительное впечатление на других людей. Параноидные лица, в отличие от нарциссических, используют отрицание и проекцию настолько мощно, что у них фактически отсутствует опасность осознания чувства стыда, оно слишком глубоко репрессировано. Все плохое проецируется на другого человека. Психическая энергия параноидного пациента затрачивается на то, чтобы оградить себя от опасности, помешать другим людям унизить, пристыдить их. Нарциссические лица боятся раскрыть свою неадекватность, свои слабости. Параноидные лица боятся зловредности других людей. Они фокусированы на мотивах других людей в

значительно большей степени, чем на собственной природе. Это является серьезным препятствием для проведения эффективной коррекции этих состояний.

Параноидные лица испытывают комплекс зависти, но они его репрессируют или проецируют на других людей, считая, что окружающие им завидуют. Такие чувства увязываются с чувством мести, что в значительной степени омрачает жизнь, особенно, если возникающие при этом проекции доходят до бредоподобного уровня.

Иногда они проецируют собственную неверность в интимных отношениях, изменяют сами, но обвиняют в измене партнера или партнершу. Убежденность в том, что им изменяют, переходит в желание отомстить, провоцирует агрессию.

Механизм возникновения таких состояний прослеживается на психотическом уровне, т. к. бредовые идеи ревности часто начинают сочетаться с бредовыми идеями преследования, отравления, а иногда полностью замещаются последними и начинают преобладать в структуре психотического состояния.

Параноидным лицам свойственно глубоко спрятанное чувство вины, которое не распознается и проецируется на других так же, как и чувство стыда. С. Томкинс [23] считает эту бессознательную вину непереносимой для осознания. Страх проявить чувство вины активизирует включение в процессе психотерапии определенных блокаторов, которые препятствуют проявлению этого чувства. Прохождение лечения сопряжено у пациента/пациентки с постоянным страхом: что будет, если психотерапевт узнает его/ее по-настоящему. Он будет шокирован его/ее греховными мыслями, откажется от дальнейшей работы с ним, сообщит всем, чтобы никто не связывался с ним, стараясь наказать его/ее таким образом за совершенные преступления. Стремление оградить себя от этого унижения трансформирует любое чувство виновности, даже намек на вину в опасность, которая угрожает ему/ей из внешнего мира. Желание найти «настоящее зло», увидеть его в чертах человека, который потенциально способен причинить ему/ей вред, напрягает и раздражает.

В зависимости от силы ego, от выраженности стресса проекции у этих людей могут быть разными. Выделяют различные уровни проекций, условно подразделяя их на невротическую, пограничную и психотическую. В случае психотической проекции, наиболее угрожающие части своего «Я» («Self») проецируются напрямую. Возникает убеждение во внешней причине проблемы, даже если проекция носит фантастически безумный характер, как это бывает, например, при депрессии, которая возникает на фоне параноидного личностного расстройства.

По мнению Н. Маквильямса, лица с такой организацией могут проецировать свои скрытые гомосексуальные желания на других людей, высказывая в их адрес жесткую критику и агрессию. Осознание этих желаний, естественно, сильно блокируется.

В случаях непсихотических проекций, например, пограничной проекции, возникает стремление освободиться от каких-то чувств. Определенное сочувствие (эмпатия) к людям, на которых они проецируют отрицательное отношение, сохраняется. Н. Маквильямс подчеркивает, что своими проекциями пограничного уровня они бессознательно провоцируют других людей на действия, которые могли бы подтвердить их опасения. Они использует проекционную идентификацию, пограничный способ работает на то, чтобы проекции соответствовали цели, чтобы можно было доказать свою правоту.

Х. Сирлс (H. Searles) [18] приводит примеры желания пациентки избавиться от присущей ей ненависти и зависти путем вызывающего обращения к своему психоаналитику с заявлением, что она приходит к убеждению, что он завидует ей вообще, и ее достижениям, в частности. В ответ аналитик успокаивающим, вызывающим симпатию голосом интерпретирует ее заявления как реинтерпретацию пациенткой доказательства его желания контролировать, подавлять ее. Поскольку это не меняет позицию пациентки, терапевта через какое-то время утомляет способ ее поведения. Он начинает проявлять к ней отрицательные чувства и зависть, обуслов-

ленную ее легкостью в обращении со своими чувствами и возможностью так просто провоцировать их появление.

При невротическом уровне проекции внутренние проблемы проецируются ego-дистонным образом, чуждым по отношению к ego, т. е. пациенты проецируют наблюдающую часть своего «Я» («Self»), понимая, что при этом все происходит в контексте приемлемых отношений. Эти люди могут «играть» своей проблемой, называя себя во время интервью параноидной личностью: «Вы знаете, я параноидный человек, у меня легко возникают различного рода странности». Они относятся к своей особенности, наблюдая ее как бы со стороны.

Полученная в детстве психическая травматизация и упоминания о недостаточной эффективности лиц с параноидной организацией ограничивают их способность к различным активностям. По данным С. Томкинса [23] и других авторов, таких детей неоднократно унижали родители или значимые лица, указывая на отсутствие у них способности справиться с поставленными задачами. Они чувствовали себя подавленными всемогуществом людей, которые о них заботились. Родители всегда были ими недовольны. По мнению Р. Шэфера (R. Schafer) [16], таким детям свойственна эмоция психологического умерщвления («мортификация»), она присутствует в педагогическом анамнезе части параноидных лиц. Несомненно, значимым фактором являются такие примеры поведения родителей, как наблюдаемые детьми подозрительность, частые осуждающие высказывания по отношению к другим людям, когда родители подчеркивают, что доверять можно только членам семьи. Параноидные лица в детстве наблюдали контраст между свободной, довольно демократичной обстановкой в школе и жесткими условиями дома, где семейные отношения сопровождались критикой поведения ее членов и поиском «козла отпущения».

Выявлена взаимосвязь между степенью выраженности параноидного нарушения и определенными типами воспитания. Так, например, при невротическом уровне периодически регистрируется теплота семейных отношений, сочетающаяся с сарказмом, издевательствами, поддразниваниями.

Важным фактором в развитии параноидной личностной организации является «неуправляемая тревога» человека, который находится ближе всего к ребенку, осуществляет заботу о нем после его рождения. Хронически тревожная мать может выражать тревогу вербально и невербально. Независимо от способа проявления, ребенок воспринимает нервозность матери на бессознательном, эмпатическом уровне. Тревожные родители обычно реагируют на проблемы детей отрицанием или катастрофическими реакциями. Таких детей бессознательно обучают эквивалентности мыслей и действий: «То, что я думаю – это то, что я делаю». Такое мощное психологическое послание не оставляет в ментальном поле ребенка простора для деятельности, возможности как-то иначе распределить полученную информацию, проиграть ее друг им способом и т. д. Детей обучают тому, что их чувства обладают опасной силой.

Н. Камерон (N. Cameron) [7] выделял категорию «предбредовых» пациентов, для которых характерна тревожность, боязливость, социальная изоляция, затруднение в формировании доверия к другим людям.

Социальная изоляция приводит этих лиц к дефициту социальных навыков, в особенности это касается непонимания мотивации других и в результате к ошибочной интерпретации их поведения. Н. Камерон [7] отмечал их малую способность к обучению навыкам межличностного общения и неспособность серьезно корригировать свои ошибки.

С. Акхтар (S. Akhtar) [1] выделяет в качестве основных компонентов параноидной личности подозрительность, грандиозность и чувство преследования. Несмотря на принципиальную правильность этого утверждения, следует понимать, что существуют различные клинические формы параноидного личностного расстройства, умещающиеся внутри триады. Так, например, Х. Блюм (H. Blum) [5] подчеркивает, что часто вариант расстройства с генерализованной враждебностью возникает в случаях интенсивных семейных конфликтов.

Дж. Джекобсон (J. Jacobson) [10] обнаруживает значение ранней идентификации с враждебными родителями, обвиняющими друг друга и окружающих. Ребенок в подобной семье, кроме непосредственных эмоциональных травм со стороны членов его семьи, усваивает программу общего поведения и не обучается другим, более «гуманным и дипломатическим способам межличностного взаимодействия».

М. Шмидеберг (M. Schmiedeberg) [17] описывал сварливых, постоянно упрекающих пациентов, которые воспитывались в семьях, где обвинения и жалобы являлись каждодневной реальностью. В связи с последним, можно отметить, что Э. Блейлер (E. Bleuler) [4] еще в 1908 году находил такие особенности у лиц с параноидными чертами.

На грандиозность, которая бывает как скрытой, так и «вопиюще крикливой», обращали внимание многие авторы: Л. Салцмэн (L. Sulzman) [22], Б. Барстейн (B. Bursten) [6], Х. Сирлс (H. Searles) [19], О. Кернберг (O. Kernberg) [12]. Авторы связывают грандиозность параноидных лиц со страхом растворения собственного «Я» («Self») и считают, что этот страх имеет центральное значение в динамике нарушения.

Страх потери границ «Я» и враждебность непосредственно обуславливают сверхбдительность лиц с параноидным личностным расстройством. Они всегда нуждаются в субъективно безопасном для них психологическом и даже географическом пространстве между собой и теми людьми, с которыми они взаимодействуют. Здесь представляется возможным выделить роль страха с двумя содержаниями:

а) страх перед враждебным вторжением со стороны окружающих;

б) страх чрезмерного влияния, которое способно нарушить чувство собственного «Я».

Единственным решением проблемы, по мнению страдающих этим расстройством, остается исключение сколько-нибудь близких, основанных на взаимном доверии, отношений с другими людьми.

Сверхбдительность, в свою очередь, часто сочетается со сверхчувствительностью к обидам, пренебрежению.

Параноидные лица воспринимают чрезвычайно тонкие, практически неуловимые оттенки голосового тона, жестов, мимики даже в тех случаях, когда отрицательное отношение к ним или к их поведению не осознается человеком, контактирующим с ними.

Они часто являются своего рода коллекционерами несправедливостей, действительно происходящих или воображаемых, они не забывают обо всем негативном, однажды пережитом ими, размышляют на темы, связанные с их обидчиками, застревают на них.

М. Стоун (M. Stone) [21] устанавливает формы личностных расстройств, связанных с патологической ревностью и более редкие – с эротоманией. Автор считает, что наиболее тяжелые формы патологической ревности часто содержат скрытый гомосексуальный мотив, не проявляющийся в актуальном гомоэротическом стремлении, а выступающий в виде «псевдогомосексуальности» – эротизированной версии раннего преэдипального несексуального стремления к близости с родителем одного и того же пола. Мужчины, отцы которых были для них в раннем детстве эмоционально недоступны, или женщины, матери которых их оставили или рано умерли, при наличии гетеросексуальной ориентации, могут стремиться к поддержке, успокоению, физическому прикосновению со стороны лиц одного и того же пола.

Ситуация может быть проиллюстрирована на следующем примере. Параноидный мужчина с патологической ревностью подозревает свою подружку в том, что она втайне изменяет ему с другим мужчиной, его знакомым. На сознательном уровне он испытывает резко негативные чувства по отношению к своему конкуренту. На бессознательном уровне у него присутствуют негативные чувства к женщине за то, что она захватывает для себя мужчину, к которому он испытывает преэдипальное стремление.

Эротомания заключается в бредовой интерпретации того, что какой-то другой человек испытывает к пациенту/пациентке любовные чувства.

Дж. Сигэл (J. Segal) [20] подчеркивает, что эротомания может возникать безо всякой связи с шизофренией, чаще у женщин, являясь следствием неудовлетворенных нарциссических потребностей.

Широко известен феномен, представляющий собой как бы обратную сторону патологической ревности – возникновение у пациента/пациентки навязчивой влюбленности в психотерапевта. В таких случаях пациент втайне завидует терапевту, его близости с женой, которую пациент предпочел бы видеть в роли своей суррогатной матери. Пациенты такого типа обычно не проявляют параноидности, достаточной для диагностики в соответствии с критериями DSM. Они характеризуются наличием зависимых, гистрионических, депрессивных черт, наряду с некоторыми «параноидными» характеристиками, такими как сверхбдительность и подозрительность. Параноидные признаки проявляются главным образом в отношениях в контексте «любовного треугольника» [20].

Осевые признаки параноидного личностного расстройства, как правило, делятся на очевидные, регистрируемые даже непрофессионалами при относительно недолгом знакомстве, и более скрытые, замаскированные, проявляющиеся только после длительного общения. В связи с этим, С. Акхтар [1] разделяет параноидные черты на «открытые» и «закрытые» по следующим шести параметрам:

1) концепция себя. Открыто во внешнем поведении эти лица проявляют надменность, высокомерие, считают себя всегда во всем правыми, при любом несогласии у них возникает гнев. В то же время за этим фасадом присутствуют скрытые чувства неполноценности и зависти;

2) в межличностных отношениях открыто проявляются недоверчивость, эмоциональная холодность, отсутствие чувства юмора, за которыми скрываются повышенная чувствительность (сенситивность), страх близости и зависимости, накапливание обид, мстительность;

3) в сфере социальной адаптации выступают трудолюбие, напористость, наряду с неспособностью поддерживать дружеские отношения и вообще работать в команде;

4) внешне в области любви и сексуальности обнаруживаются отсутствие романтики, ханжество, грубый сексуальный юмор. Внутренне за этим скрывается выраженная тревожность, страх сексуальной несостоятельности;

5) в сфере, относящейся к superego, т. е. в системе ценностей, идейных когниций, внешне имеют место морализаторство, сверхскрупулезность, в некоторых случаях религиозный фанатизм. В то же время внутренне у лиц с параноидным личностным расстройством присутствует своеобразная скрытая идиосинкратическая моральная система;

6) когнитивный стиль внешне характеризуется сверхбдительностью, придирчивостью, постоянным поиском «доказательств», подтверждающих иррациональные представления. Внутренняя скрытая сторона проявляется в неспособности понять общую картину события (увидеть лес, а не отдельные деревья), не принимать во внимание все, что противоречит личностным убеждениям.

Х. Сирлс [19] анализирует и придает большое значение страху зависимости, наряду со страхом пережить любую сильную эмоцию. Лица с параноидными особенностями стараются насколько возможно избегать контактов, заранее считая, что последние приведут к несогласию, вызовут у них возмущение, негодование, что может привести к насилию.

Потребность лиц с параноидным личностным расстройством в дистантности в межличностных отношениях находит отражение в языке, который характеризуется отстраненностью, безликостью, использованием речевых оборотов в третьем лице. С такими языковыми особенностями приходится встречаться при проведении психотерапии. Параноидные пациенты используют безличностные формулировки, которые относятся к их собственным мотивациям, взглядам, эмоциональным переживаниям типа: «человек часто испытывает страх», «принято считать…», «это может привести к насилию…», «они думают» и др. Отсюда необходимость

уточнить, что именно такой пациент имеет в виду, например, агрессию, направленную против него, или же собственную склонность к насилию.

Т. Миллон [15] обращал внимание, что параноидные пациенты нередко являются одновременно носителями других черт: обсессивно-компульсивных, нарциссических, пассивно-агрессивных и антисоциальных. Например, их объединяет с пациентами с обсессивно-компульсивным личностным расстройством тенденция к использованию безличностных выражений, как часть общей тенденции к «изоляции аффекта». Комбинация различных личностных нарушений значительно затрудняет лечение.

Т. Миллон отмечает значительные трудности в психотерапевтической работе с параноидными пациентами, при наличии у них одновременно пассивно-агрессивных признаков, что связано с «массивным недоверием» и общим негативизмом. Негативизм у этих пациентов выражается, в частности, в том, что они получают большое удовольствие, если им удается показать несостоятельность психотерапевта, найти его «слабые точки». Подобная тактика их устраивает больше, чем позиция унижающего подчинения.

Ряд специалистов считают, что в психотерапии параноидных пациентов необходимо усиливать их чувство самодостаточности.

А. Бек и А. Фримэн (A. Beck, A. Freeman) [2], используя когнитивную терапию, придают большое значение помощи в преодолении чувства неполноценности в социальной сфере. Авторы приходят к заключению, что параноидные механизмы мобилизуются пациентами с целью защитить себя от стыда и унижения, в особенности в том, что связано с сексуальной состоятельностью, а также с «потерей лица».

Повышение самооценки в одной области, например, профессиональной, способно интерферировать и на другие, более интимные сферы, что также следует принимать во внимание.

В. Майсснер (W. Meissner) [13], анализируя параноидных пациентов, пришел к выводу, что может оказаться полезным превращение параноидных проекционных механизмов в депрессивные интроективные, т. к. последние лучше поддаются психотерапии. Параноидные механизмы, включающие проекцию, проективную идентификацию, экстернализацию, не являются прерогативой исключительно лиц с параноидным личностным расстройством, они встречаются у пациентов с другими формами личностных расстройств. Во всех таких случаях, по мнению В. Майсснера, следует в процессе терапии подвергать сомнению проективные установки, вводя в психику пациента «элемент сомнения» и «тактично указывая места, где знание пациента о мире может быть недостаточным» [13, с. 98]. В результате адекватной психоаналитической терапии параноидный пациент способен приобрести хотя бы псевдоавтономность.

В. Майсснер приходит к выводу, что техника проведения психоанализа у параноидных пациентов должна отличаться от классической, в частности, смещаться в сторону уменьшения частоты сеансов. Классическая методика 4–5 сеансов в неделю приводит к развитию слишком быстрого глубокого самораскрытия и к такому уровню вовлеченности в процесс переноса, которые воспринимаются пациентом как угроза.

К. Колби (K. Colby) [8, 9] предложил информационно-процессионную точку зрения на параноидное мышление, в котором также акцентуируется сенситивность к стыду и унижениям как центральным особенностям. Модель К. Колби фокусируется на вербальных интеракциях. В случаях «параноидной тональности» процессинга, люди в основном воспринимают вербальную информацию, которая ведет к переживанию стыда. Оказавшись перед угрозой унижения, пациент, находящийся в параноидной тональности, регрессирует отрицанием личной несостоятельности и неадекватности и обвинениями других. К. Колби полагает, что параноидность ассоциируется с низкой самооценкой и что эпизоды параноидного поведения могут быть спровоцированы внешними обстоятельствами, которые усиливают угрозу возникновения чувства стыда. Другие отрицательные эмоции и, прежде всего, злость, страх иного содержания вызывают параноидные реакции с меньшей вероятностью.

К. Кэндлер (K. Kendler), П. Хэйс (P. Hays) [11] косвенно поддерживают гипотезу К. Колби, находящего, что пациенты с параноидными чертами, по сравнению с обычными людьми, чаще проявляют чувство неполноценности.

Параноидным личностным расстройством страдают от 0,5 до 2,5 % населения.

Н. Камерон [7] расширяет концепцию параноидного отрицания и проекции, рассматривая эти механизмы не просто на уровне отношений одного человека к другому, а на уровне интеракций большого количества людей, приводящих к образованию параноидного псевдообщества.

Мнения авторов, изучающих механизм отрицания и проекции, расходятся. Так, например В. Вайлдер (W. Waelder) придает большее значение механизму отрицания, чем проекции.

Авторы, исследующие параноидных пациентов, обращают внимание на наличие в преморбиде (временном периоде до начала болезни) таких пациентов напряжения, сочетающегося с неуверенностью и боязливостью, базирующихся на исходном уровне высокой тревожности. Эти люди легко становятся подозрительными и недоверчивыми.

Для них характерно ожидание, что их кто-то предаст, которое присутствует даже в кратковременные периоды доверия к окружающим. У них обнаруживаются уходящие в далекое прошлое тенденции иметь какой-то секрет, быть инкапсулированными, никого не пускать в свой внутренний мир. Они полагают, что за людьми необходимо присматривать, чтобы они не сделали ничего плохого.

Эти проявления могут быть сравнительно безобидными в течение длительного времени, не являясь предметом клинического анализа. Проблема появляется, когда параноидные психологические защиты терпят поражение и возникает патологическая фокусировка на определенной теме, связанной с работой, межличностным контактом, какой-то деятельностью, ситуацией, происходящей с родственниками, знакомыми и пр. Возможна фиксация на отдельных людях с возникновением представления о том, что они связаны друг с другом и пытаются в маленьком субколлективе причинить пациенту какой-то вред.

Люди с параноидными состояниями внешне выглядят самодостаточными. Тем не менее самодостаточность является лишь фасадом, скрывающим их слабость. На самом деле они всегда чрезвычайно озабочены тем, что другие думают и чувствуют по отношению к ним. Они характеризуются реактивной избирательной сенситивностью к определенным видам ситуаций; к определенным лицам; к тому, что они считают для себя угрозой; к исходящей извне агрессии, направленной на их интегральность. В результате появляется преувеличенная тенденция отрицать собственную ответственность за сделанные ими ошибки, неудачи, просчеты и несоблюдение каких-либо условий. Они сбрасывают ответственность с себя и переносят ее на других. Лицам с параноидным мышлением свойственно отрицание не приемлемых с точки зрения этики и принятости в данном обществе желаний, включающих и сексуальные. Социально дискриминирующие желания они приписывают другим, отрицая наличие их у себя. Характерна постоянно присутствующая внутренняя враждебность к окружающим, носящая неуправляемый характер. Ее они также проецируют на других, ссылаясь на ее вторичность, хотя, как правило, она является первичной.

Несмотря на то, что механизмы отрицания и проекции имеют место как на бессознательном, так и на пресознательном уровнях, эти люди не осознают в достаточной степени свои чувства и действия. Результатом их бессознательных маневров является формирование вокруг них неблагоприятной обстановки неловкости, напряжения, приводящей к ответным негативным реакциям со стороны окружающих. Последние пытаются избегать общения с ними.

Таким образом, наряду с параноидным мышлением у таких людей возникает социальная изоляция, имеющая тенденцию к нарастанию. Социальная изоляция вызывает у таких лиц чувство отсутствия любви к себе, ощущение собственной нежеланности, неполноценности, а,

иногда, и чувство виновности. Внутренний стимул к агрессивности толкает их на деятельность, направленную на преодоление факторов, мешающих их социализации (интегральности).

Для преморбида лиц с параноидным мышлением характерна реактивная психологическая ригидность, делающая невозможной сколько-нибудь гибкую адаптацию к окружающей среде.

Эти лица создают имидж самодостаточности, супериорности и уверенности в себе, производят впечатление беспроблемных, что является общей чертой защитного поведения. Этот стиль поведения используется в большинстве ситуаций из-за малой адаптивности и ригидности этих людей. Они постоянно выглядят одинаково, имеют единственный стиль поведения, касающийся манеры говорить, улыбаться; задавать вопросы и отвечать на них; контактировать с другими и т. д. В этом проявляется их попытка отгородиться от внешнего мира и не разрешить никому и ничему разрушить созданный ими внутренний мир. Это стремление находит отражение и в других проявлениях. Например, в старательном настаивании на выполнении правил, исключающих возможные отклонения, и стремлении создать у других различные комплексы, например, неполноценности. Бессознательное желание бывает направлено на формирование у другого человека отрицательного отношения к себе, на фоне которого человек с параноидным мышлением будет выглядеть лучше. Типично также подчеркивание промахов других с усилением их недостатков. Например, попытки обратить внимание окружающих на поведение человека, которого они считают своим врагом, проявляющееся в нарушении им социального табу и в совершении им антисоциальных поступков.

В социальных контактах с другими лица с параноидным мышлением используют рационализации, их любовь к рассуждениям напоминает резонерство, для них характерны ссылки на высшую правду, высшую истину, что сопровождается проявлением большой доли лицемерия. Рационализациям свойственны фальсификации, заведомо неправильные интерпретации, рассчитанные на невнимание слушателей.

Рассуждения, на которых строятся их обвинения, повторяющиеся в рамках одного и того же репертуара, свидетельствуют о психологической ригидности таких людей. К рационализациям и неправильным интерпретациям добавляются ложные воспоминания, которые воспринимаются рассказчиками как реально происходившие события. Хотя, в действительности, этих событий либо не было вообще, либо они происходили совсем не так, как о них повествуют. Начав обманывать окружающих, они сами начинают верить в свой обман. Таким образом реализуется необходимость защитить свою неуверенную личностную структуру от возможной дезинтеграции.

К факторам, провоцирующим активацию параноидного мышления, относится фрустрация. Активация может носить сверхвыраженный характер. Возможно резкое усиление враждебных импульсов в случае неудачной попытки реализации какой-либо активности. Невозможность достичь чего-либо может быть реальной или выдуманной, воображаемой, когда страдающие этим расстройством люди считают, что могли бы достичь определенной цели, оставшейся недостижимой. В этом проявляется компенсаторная реакция на опасность, пассивные желания, собственные слабости и т. д.

Параноидная личность особенно болезненно воспринимает угрозу, которой подвергается ее ego со стороны superego. Угроза, идущая от собственного superego, переживается ими на уровне сознательного, пресознательного и бессознательного. Она проявляется как усиленное чувство вины, что невыносимо для этих лиц. Это чувство создает потребность защитить ego, что достигается активизацией реакций отрицания и проекции. Внезапное усиление механизмов проекции приводит к возникновению чувства опасности со стороны окружающих людей и событий. Происходит отрыв от реальности. Люди рассматриваются как зловредные, несущие в себе угрозу.

Появление враждебных импульсов может иметь место при попадании лиц с параноидным мышлением в новые для них ситуации, в новую обстановку, при предъявлении к ним требований, не имевших места ранее. Страшит появление даже минимальной угрозы их статусу и безопасности. Успешная реализация своих потребностей не спасает от боязни соперничества и конкуренции. Поэтому они избегают жестких конкурентных ситуаций, стимулирующих враждебную агрессию и фантазии о доминировании, сочетающиеся с потребностью справиться с этой ситуацией даже путем унижения или подавления предполагаемых врагов.

Для людей с такого рода особенностями параноидность может стимулироваться даже при отсутствии атмосферы соревновательности и конкуренции. Так, совместное их пребывание с ограниченным количеством людей в сравнительно замкнутом пространстве в течение сколько-нибудь длительного времени, например, невозможность выйти далеко за пределы территории, пребывание в условиях экспедиции, т. е. любая социальная изоляция потенциально может усилить параноидные импульсы. Это связано с тем, что изоляция от внешней стимуляции оставляет такого человека наедине со своими фантазиями и мечтами. Сенсорная депривация способствует усилению воображения, активизации аутистических переживаний, влияния глубинных бессознательных структур, что сопровождается ослаблением критической оценки. На этом фоне создаются условия для прорыва патологической интуиции, определяющей бредовое развитие.

Включение таких людей в какую-то деятельность с достижением успеха на этом поприще способствует частичной компенсации параноидной настроенности на более или менее длительный период времени. К сожалению, такая компенсация не распространяется на уже сформировавшиеся межличностные отношения.

Окружающие таких людей близкие и друзья подвергают себя наибольшему риску, в связи с направленной на них агрессивностью, базирующейся на ригидной подозрительности, страхе быть ущемленными, ограниченными в своих правах. Лучшим вариантом является акцент на деловой стороне жизни с возможной минимизацией включенности в нюансы межличностных отношений.

Психологический буфер, направляющий энергию лиц с параноидным мышлением в деловую сферу, в какой-то степени препятствует возникновению межличностных конфликтов вне производства. Чем кратковременнее контакт с человеком, тем меньше возможность «разбираться» в нем и проецировать на него собственные отрицательные, агрессивные импульсы. Следовательно, у лиц с параноидным мышлением количество межличностных контактов прямо пропорционально продолжительности и степени их компенсации.

Лицам с такого рода особенностями свойственна длительная некорригируемая интуиция. Обычный человек, интуитивно воспринимая людей и ситуацию, оценивает их в динамике. Его интуитивная оценка изменяется в контексте изменения воспринимаемых компонентов жизненной среды. Такая интуитивная динамика не свойственна лицам с параноидным мышлением. Их отрицательные интуитивные оценки носят застревающий, стойкий характер. Как правило, они, интуитивно почувствовав недоброжелательное отношение к себе, возможно связанное только с какой-то временной конкретной ситуацией, начинают рассматривать последующие действия этого человека/людей, основываясь на возникшей и изменяющейся интуиции, «накручивать» в своем сознании одно на другое, формируя негативный «снежный ком». Формируется определенный алгоритм, при котором все события рассматриваются только с одной точки зрения без их динамики. В этот алгоритм трудно вмешаться и изменить его. Отсюда следует некорригируемость интуиции лиц с параноидными расстройствами.

Сущностью параноидной личностной организации является такой способ обращения со своими отрицательными качествами, когда последние проецируются на других. Оторванные таким образом от своего ego атрибуты воспринимаются в дальнейшем в качестве внешней

угрозы. Ego, лишенное присущих ему отрицательных содержаний, может формировать повышенную самооценку, вплоть до мегаломанического ощущения.

Параноидный тип личностной организации имеет различную выраженность. В. Майсснер [14] считает возможным устанавливать наличие степени тяжести нарушения. С точки зрения автора, одни параноидные лица более, а другие менее «больны», чем «здоровы». Это зависит от выраженности параноидных черт на уровнях ego-силы, интеграции идентичности, оценки реальности и объектных отношений. В зависимости от ego-силы пациента и степени стресса возможны проявления психотического, пограничного или невротического уровней данного расстройства.

В случаях психотической проекции речь идет о психозе с шизофренической картиной (согласно DSM-IV, шизофрения, шизофреноформное расстройство, шизоаффективное расстройство, бредовое расстройство, кратковременное психотическое расстройство и другие расстройства с бредовыми идеями).

На пограничном уровне оценка реальности параноидными пациентами не потеряна и проекция негативных качеств не сопровождается полным отрешением от них. Как пишет Н. Маквильямс, лица, на которых осуществляется проекция, «слегка провоцируются» параноидными субъектами, чтобы они почувствовали, что на них проецируется. При этом параноидный субъект, с одной стороны, старается освободиться от каких-то неприятных чувств, а с другой – сохраняет эмпатию по отношению к проецируемым чувствам с целью убедить себя в реальности проекций.

Х. Сирлс [18] описывает в качестве примера такой проекции пограничную пациентку, которая «отсоединила» свои ненависть и зависть к аналитику антагонистическим способом, заявив ему, что он завидует ее достижениям. Интерпретации терапевта были реинтерпретированы пациенткой как доказательства стремления движимого завистью аналитика подчинить и контролировать ее. В результате контрпереноса аналитик, устав от постоянного непонимания, стал ненавидеть пациентку и завидовать ее свободе в отношениях, позволяющей ей вести себя так, как ей хочется. Х. Сирлс считает, что такие случаи возникновения интенсивных и негативных чувств по отношению к параноидным пациентам пограничного уровня достаточно часты.

Параноидные пациенты невротического уровня осуществляют проекцию ego-чуждым (ego-дистонным) способом, посредством которого проецируется какая-то опознаваемая и наблюдаемая часть «Я». Такая проекция распознается самим субъектом. Пациенты невротического уровня в ходе собеседования могут даже сами характеризовать себя как подозрительных, необъективных, склонных к придумыванию лиц.

Для лиц с параноидной организацией типично возникновение такой психологической защиты, как формирование реакции. Напомним, что под формированием реакции понимается психологический подход, диаметрально противоположный репрессированному желанию и представляющий собой реакцию, направленную против этого желания. Параноидные лица осуществляют проекцию в контексте чрезвычайно сильного желания отречься от возмущающих их содержаний психической деятельности, что приводит к формированию реакции по формуле: «Я люблю вас; я ненавижу вас» с последующей проекцией: «Я ненавижу вас, вы ненавидите меня».

Согласно данным С. Томкинс [23] и других исследователей, лица, ставшие во взрослом возрасте параноидными, в детстве подвергались унижениям и насилию. Родители детей, у которых развилась параноидная организация, проявляли подозрительность, осуждающее поведение и в то же время был и единственными людьми, которым дети доверяли.

Н. Маквильямс проводит дифференциацию между условиями воспитания, характерными для параноидных личностей с различными уровнями нарушений. Так, например, параноидные лица психотического и пограничного уровней воспитывались в жестких семейных

условиях и оказывались «козлами отпущения» – мишенью ненависти, проецированной на них родителями.

Параноидные лица невротического и приближающегося к здоровому уровней происходили из семей, в которых имело место сочетание мягкости и спокойных периодов с периодами «дразнения и сарказма».

Н. Маквильямс обнаружила, что главное лицо, осуществляющее заботу о ребенке, впоследствии ставшем параноидным, страдало неконтролируемой тревогой. Автор подчеркивает, что, несмотря на присущую им подозрительность, параноидные лица обладают способностью любить, проявлять глубокую привязанность и лояльность. Эта особенность делает возможным проведение эффективной, эмпатически ориентированной коррекции.

Для параноидных лиц характерен хронический страх. Они никогда не чувствуют себя в полной безопасности и постоянно находятся в состоянии повышенной бдительности, «присматриваясь» к возможным угрозам извне, на что уходит большое количество энергии.

У параноидных лиц обнаруживается наличие полярности в самооценке. С одной стороны, они чувствуют себя бессильными, презираемыми, униженными, а с другой – всевластными и побеждающими. Между этими противоположными полюсами самооценки существует эмоциональное напряжение. Кроме того, ни одна из самооценок не обеспечивает чувства психологического комфорта, т. к. ощущение себя униженным подчеркивает слабость и несостоятельность, а имидж силы провоцирует возникновение чувства вины.

Список литературы

1. *Akhtar, S.* Paranoid Personality Disorder: A Synthesis of Developmental, Dynamic and Descriptive Features. American Journal of Psychotherapy, 1990, 44, 5–25 p.

2. *Beck, A., Freeman, A.* Cognitive Therapy of Personality Disorder. New York, Gyilford Press, 1990.

3. *Beck, A.* Prisoners of Hate: New York, Harper Collins, 2000.

4. *Bleuler, E.* Textbook of Psychiatry. New York, MacMillan, 1924.

5. *Blum, H.* Object Inconstancy and Paranoid Conspiracy. Journal of American Psychoanal. Assoc., 1981, 29, 789–813 p.

6. *Bursten, B.* Some Narcissistic Personality Types. International Journal of Psychoanalysis, 1973, 54, 287–300 p.

7. *Cameron, N.* The paranoid Pseudo-Community Revisited. American Journal of Sociology, 1959. 65, 52–58 p.

8. *Colby, K.* Arhficial Paranoia: A Computer Simulation of Paranoid Process. New York: Pergamon, 1975.

9. *Colby, K.* Appraisal of Four Psychological. Theories of Paranoid Phenomena. Journal of Abnormal Psychology, 1977, 86, 54–59 p.

10. *Jacobson, E.* On the Psychoanalytic Theory of Cyclothymic Depression. In E.Jacobson, Depression (pp. 208–241). New York, International Universities Press, 1971.

11. *Kendler, K., Hays, P.* Paranoid Psychosis (Delusional Disorder and Schizophrenia): A Family History Study. Archives of General Psychiatry, 1981, 38, 547–551 p.

12. *Kernberg, O.* Paranoid Regression, Sadistic Control and Dishonesty in the Transference. In M.Stone Abnormalities of Personality. New York, London, W. Norton (Unpublished Manuscript), 1982.

13. *Meissner, W.* Psychotherapeutic Schema Based on Paranoid Process. International Journal Psychoanal. Psychother., 1976, 5, 87–113 p.

14. *Meissner, W.* The Paranoid Process. New York, Aronson, 1978.

15. *Millon, T.* Disorder of Personality: DSM-III, Axis II. New York. Wiley, 1981.

16. *Schafer, R.* Bad Feelings. New York, Other Press, 2003.

17. *Schmiedeberg, M.* On Querulance. Psychoanal. Qunterly, 1946, 15, 472–502 p.

18. *Searles, H.* The Effort to Drive the Other Person Crazy. An Element in the Actiology and Psychotherapy of Schizophrenia. British Journal Medical Psychology, 1959, 32, 1–18 p.

19. *Searles, H.* Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. New York, International Universities Press, 1965.

20. *Segal. J.* Erotomania Revisited: From Kraepelin to DSM-III-R. American Journal of Psychiatry, 1989, 146, 1261–1266 p.

21. *Stone, M.* Abnormalities of Personality. New York, London, W. Norton, 1993.

22. *Sulzman, L.* Paranoid State: Theory and Therapy. Archives of General Psychiatry, 1960, 2, 679–693 p.

23. *Tomkins, S.* Affect, Imagery, Consciousness. The Negative Affects. V. 2. New York, Springer, 1963.

Шизоидное личностное расстройство

Э. Кречмер (E. Kretschmer) [8] в книге «Строение тела и характер» выделил три типа телосложения: астенический, атлетический и пикнический, соответствующие индивидуумам худой, мускулистой и полной конституции. Эти же типы, на языке В. Шелдона (W. Sheldon) [15, 16], называются: эктоморфный, мезоморфный и эндоморфный. Э. Кречмер обратил внимание на то, что худые люди с относительно мало развитой мышечной системой, лица астенической конституции предрасположены к развитию шизоидных личностных черт. Он описывал эти психологические особенности следующим образом:

«Шизоидные лица обнаруживают наличие внешнего и более глубокого слоя. На поверхности они могут быть брутально прямыми, или мрачными, или неопределенными, или саркастично ироничными, или стеснительными как моллюски, молчаливыми и погруженными в себя. Что находится под этой маской? Это может быть ничто, черная дыра отсутствия эмоционального зомби… или может присутствовать холодная бездушность. Некоторые шизоидные лица подобны кажущимся закрытыми римским виллам с опущенными ставнями, защищающими от ослепляющего солнца, но, когда происходит торжество, в них вспыхивают внутренние огни. Существуют шизоидные лица, с которыми мы можем жить и все же не можем сказать, что мы знаем их» [8, с. 113].

Психологические черты, зафиксированные Э. Кречмером, в основном подобны приводимым в DSM: несоциабельность, сдержанность, отсутствие чувства юмора, сверхчувствительность, легкое возникновение тревожности. Э. Кречмер также включил в характеристику шизоидного типа эксцентричность.

Шизоидное личностное расстройство по своим клиническим проявлениям приближается к мягкой форме аутизма. Аутизм – редкое состояние, которым страдают лица, неспособные к самостоятельной жизни, находящиеся в специальных медицинских учреждениях или под опекой родственников и организаций социальной помощи. В то же время мягкие формы аутизма встречаются достаточно часто. Обладающие признаками мягкого аутизма лица могут обнаруживать высокий творческий потенциал, их можно найти среди работников таких научно-исследовательских центров, как, например, Силиконовая Долина [12]. Шизоидное личностное расстройство, в связи с близкими к мягкому аутизму проявлениями, может быть ошибочно диагностировано как это состояние. Здесь мы встречаемся с той же ситуацией, когда в течение многих лет аутистические дети считались больными детской шизофренией. Лица с шизоидным личностным расстройством часто фиксированы на определенной узкой сфере интересов. Такая фиксация носит навязчивый или доминирующий характер, но это может иметь и положительную сторону. Эти люди склонны рассматривать различные факты, ситуации, проблемы, не имеющие, казалось бы, никакого отношения к их доминирующей идее, сквозь призму последней. Такой подход таит потенциальную возможность установления неожиданных непредвиденных взаимосвязей. В результате лица с шизоидными признаками, в отличие от людей, обладающих только высоким показателем интеллекта, демонстрируют гениальность в своей области знаний.

М. Стоун (M. Stone) [17] приводит несколько особенностей мягкого аутизма:

1) при аутизме отсутствует гештальт-имидж;

2) при аутизме обнаруживается дефицит в центральной когерентности;

3) при аутизме «бог заключается в деталях»;

4) при аутизме проявляется необычная способность видеть части отчетливее, чем целое, схватывать сразу же что-то вне обычного контекста;

5) проявляется способность увидеть привычное с совершенно новой стороны, отвлечься от влияния принятых в науке и/или убеждениях устоявшихся клише. Имеет место облегченность начала творческого процесса.

Анализ приведенных признаков показывает близость мягкого аутизма к шизоидному личностному расстройству и подтверждает правомерность существования переходных форм между ними.

Мягкий аутизм в этом контексте может рассматриваться в качестве «теневого синдрома» классического аутизма [12].

Мягкий аутизм также называют «субсиндромным» и высокофункционирующим или эхо-аутизмом.

Согласно Дж. Рэйти и С. Джонсону, Эдвард Ритво (E. Ritvo) (цит. по Дж. Рэйти, С. Джонсон [12]) из Калифорнийского Лос-Анджелесского университета (UCLA) в 1980 году впервые опубликовал работу, в которой описал лиц с мягким аутизмом. В письме к редактору «Журнала аутизма и нарушений развития» («Journal of Autism and Developmental Disorders») Э. Ритво на основе изучения пациентов и их родителей поставил вопрос о существовании такого расстройства. Наблюдаемые автором дети страдали тяжелым аутистическим расстройством, а их родители производили впечатление «слегка аутичных», хотя они жили и работали, не имея проблем. В двух случаях родители сами идентифицировали наличие у себя аутистических проблем. Независимое исследование подтвердило наличие аутизма с высокой возможностью функционирования у родителей 11 пациентов. В дальнейшем Э. Ритво совместно с А. Брозерсом (A. Brothers,), Н. Фримэном (N. Freeman) и К. Пингри (K. Pingree) провели в штате Юта эпидемиологическое исследование, выявившее наличие у населения заметного количества таких случаев (цит. по Дж. Рэйти и С. Джонсону [12]).

Опираясь на эти исследования, Э. Ритво пришел к заключению о существовании «мягкой формы аутизма», носители которой вступают в брак, воспитывают детей, способны работать и получать удовольствие от жизни.

Известный представитель Британской школы психоанализа В. Фэйрбэйрн (W. Fairbairn) [5] помещает шизоидное личностное расстройство в начале «шизофренического спектра» нарушений, в конце которого находится ядерная шизофрения.

М. Стоун [17] относит шизоидное личностное расстройство, наряду с другими формами личностных расстройств кластера «А» DSM-IV, к эксцентрическим расстройствам.

По данным М. Стоун [17], распространенность шизоидного расстройства в целом составляет от 0,5 до 7 %.

Шизоидное личностное расстройство получило впервые четкое определение в DSM-III, его критерии были расширены от 3 до 7 в DSM-III-R.

Для шизоидного расстройства характерно частое присоединение к нему ряда нарушений, диагностируемых на Первой оси DSM-IV. К последним относится депрессия, дистимия, тревожные расстройства (в основном фобические синдромы).

В динамике шизоидного расстройства отмечается отсутствие или слабая представленность общих ego-защит, что наиболее характерно для лиц с высоким уровнем функционирования. Первая защита, используемая шизоидными лицами, называется «шизоидной фантазией», выражается в уходе от реальности в мир воображения. Вторым вариантом является использование интеллектуализации с эксцессивным погружением в интеллектуальные процессы, что позволяет избегать переживания нежелательных эмоций. Другие психологические защиты представлены в меньшей степени и включают в себя проекцию, интроекцию (присвоение качеств значимого лица), идеализацию/девальвацию.

Шизоидное личностное расстройство по DSM-IV характеризуется индифферентностью к социальным отношениям и суженным диапазоном эмоциональных переживаний и выраже-

ний. Это расстройство диагностируется на основании ряда признаков, четырех из которых достаточно для подтверждения данного вида нарушения:

1. Отсутствие стремления, желания к установлению сколько-нибудь тесных межличностных отношений. Человек с таким расстройством не получает удовольствия и радости от взаимодействий не только со сравнительно далекими людьми, но и с членами семьи. Он как бы не является членом семьи.

2. Предпочтение активностей, связанных с работой в одиночестве. Выбираются виды деятельности, которые исключают социальные контакты и дают возможность работать в изоляции. Это накладывает отпечаток на обучение и, прежде всего, выбор профессии. Если во время работы появляются какие-то люди, возникает дискомфорт.

3. Редкое переживание и выражение сильных эмоций. Значительные по силе эмоционально-чувственные проявления продуцируются в исключительных случаях. Этих людей трудно увидеть радостными, гневливыми или озлобленными. Они всегда выглядят дистантными, эмоционально не вовлеченными, даже в случае возникновения драматических ситуаций. Эмоциональная холодность вызывает к ним отрицательное отношение.

4. Отсутствие выраженного желания вступать в интимные отношения и осуществлять сексуальную активность с другими людьми.

5. Индифферентность к одобрению и критике, что резко отличает их от лиц с пограничным и нарциссическим личностными расстройствами.

6. Отсутствие близких друзей или людей, которым они доверяют, кроме наиболее близких родственников.

7. Суженный аффект. Проявление ограниченного диапазона эмоциональных реакций. В разговоре с собеседником их мимика не участвует, не меняется в зависимости от темы. От них трудно добиться улыбки и каких-то других признаков согласия или несогласия. Они не проявляют соответствующих жестов, движений, ничего, подтверждающего эмпатию, сочувствие, сопереживание собеседнику.

С точки зрения современных представлений, носители шизоидного личностного расстройства – интроверты, у которых интроверсия приобрела патологический характер, стала чертой, выходящей за границы нормы, приводящей к нарушению адаптации и серьезным трудностям в жизни.

Выявлено четкое влияние психобиологического, генетического фактора на формирование темперамента лиц с шизоидным личностным расстройством (интровертированность и экстравертированность). Интравертированность и экстравертированность мало изменяются с течением времени. Интровертированный ребенок остается интровертом в течение всей жизни. Но в условиях взаимодействия со средой он обучается экстравертированности и может вести себя как экстраверт в зависимости от требований ситуации. Возможно привыкание к экстраверсии в силу необходимости. Воспитанная, привитая экстравертированность на исходном интровертированном фоне требует затраты ресурсов, что не полностью осознается, но приводит к состоянию постоянного напряжения мобилизационных резервов организма и в результате делает человека менее резистентным к различного рода воздействиям. Это может проявляться, с одной стороны, в меньшей устойчивости к психическим травмам, переживаниям кризисных ситуаций, а с другой – в более легком возникновении нарушений психосоматического характера, в связи с постоянным высоким уровнем напряжения, затрагивающим иммунную систему.

Шизоидное личностное расстройство возникает на фоне заостренной интровертированности, что может быть связано с дополнительным влиянием средовых факторов. Особое внимание при этом обращают на ранний, младенческий период развития. Считается, что проявление черт, которые впоследствии могут трансформироваться в шизоидные расстройства, обнаруживается уже в ранней реакции ребенка на мать. Такой ребенок мало стремится к

контактам с матерью, по сравнению со среднестатистическим, «нормальным» ребенком, ему нужно меньше времени на близость с матерью. Он как бы пытается отстраниться от «тела» матери. Об этом в 1968 году писал С. Эскалона (S. Escalona) [4].

С точки зрения авторов настоящей работы, которые придерживаются точки зрения М. Клайн, в такой ситуации имеет место фиксация на параноидно-шизоидной позиции, характерной для раннего периода развития, когда ребенок воспринимает мать не как целостный объект, а как «хорошую и плохую грудь». Хорошая – это та, которая осуществляет питание, прикосновение, плохая – которая уходит от контакта. Хорошая вызывает первичную любовь, а плохая – первичную ненависть. В дальнейшем, когда меняется восприятие матери и она воспринимается как целостный объект, это разделение уступает чувству вины за плохое отношение и отрицательным эмоциям в адрес «плохой груди».

При шизоидных вариантах личности этот процесс оказывается измененным. Первая – шизоидно-параноидная позиция – не сменяется полностью второй – депрессивной позицией.

Наблюдения за лицами с шизоидным личностным расстройством выявляют в более раннем и более позднем возрасте (подростки) гиперреактивность и чувствительность к повышенной стимуляции. Их характеризуют как внутренне сенситивных, хотя внешне это качество не проявляется. Родители и родственники, рассказывая о детстве этих людей, говорят, что они были детьми, которые всегда «зажимались», прятались от слишком большого шума, движений, разговоров, яркого света и т. д. Эти раздражители вызывали у них неприятные эмоции.

Некоторые авторы, например Т. Брэйзлтон (T. Brazelton) [3], подчеркивая не проявлявшуюся в достаточной степени повышенную внутреннюю сенситивность, отмечают, что нервные окончания у таких людей ближе к поверхности тела, чем у обычного человека.

Классическое аналитическое толкование особенностей инстинктов, побуждений шизоидных лиц выявляет наличие борьбы вокруг фиксации на оральном уровне. Это выражается в сверхзанятости избеганием опасности быть поглощенным, абсорбированным, разрушенным, «съеденным». При попытке разобраться в себе у шизоидных лиц возникает образ огромного рта, пасти, который нередко появляется в сновидениях; или гигантской буквы «С», которая превращается в букву «О», а затем трансформируется в пасть и приближается к ним. Страх возможности такого контакта рождает ощущение поглощения, всасывания, удушья. Внешний мир в фантазиях шизоидных лиц воспринимается как угрожающий, способный нарушить их индивидуальность и безопасность. Отсюда стремление дистанцироваться. У шизоидных лиц могут быть проблемы с питанием, появляться желание «сесть» на диету, в связи с нарушением стимула голода, и это сказывается на их внешнем виде.

Они не поражают воображение окружающих, не производят впечатления агрессивных, несмотря на то, что анализ обнаруживает наличие у них огромного количества фантазий с темами насилия. Внешне проявляемая мягкость противоречит их увлечению фильмами ужасов, триллеров, детективов, видению различных апокалиптических сцен.

Многие лица с шизоидным личностным расстройством репрессируют собственный голод и агрессию очень глубоко. Подавление этих чувств носит защитный характер. Они производят впечатление приятных эксцентриков, людей «не от мира сего». Окружающие воспринимают их как озадаченных проблемами стыда или вины, избегающих суждений и оценок как своего поведения, так и других людей. Для этих людей характерна тревога за собственную безопасность. Как только раздражителей становится слишком много, возникает ощущение угрозы и желание спрятаться. Способом такого «прятания» является уход в сферу воображения. Они выглядят, как сторонние наблюдатели, как зрители, аутсайдеры, наблюдающие за поведением других людей.

Р. Лэнгс (R. Langs) [10] считал, что шизоидные лица обнаруживают расщепление двух видов:

1. Расщепление между их «Я» и внешним миром.

2. Расщепление между переживаемым «Я» и желаниями.

Возникает отчуждение от жизни, от части самого себя, от собственных желаний. Кроме ухода во внутренний мир, в воображении используются механизмы проекции, идеализации, формирование реакции, а также более «зрелая» психологическая защита – интеллектуализация. Такие механизмы защиты, как отрицание, репрессия, используются редко. Морализаторство не задействуется совсем.

Находясь в ситуации стресса, лица с шизоидным личностным расстройством отстраняются от своего собственного аффекта так же, как они изолируются от внешних стимулов, и поэтому воспринимаются как эмоционально уплощенные, не соответствующие ситуации, даже неадекватные. Наиболее выраженным адаптивным процессом для них является креативность, творчество. Считается, что многие люди искусства имеют выраженные шизоидные черты, которые как бы позволяют им уходить от обыденности имитации, подражания. Уход внутрь себя дает возможность поиска новых способов самовыражения. Незначительное проявление шизоидного личностного расстройства позволяет этим людям реализовывать себя в произведениях искусства, научных открытиях, различных теоретических построениях, в проявлениях духовности. В случае более выраженного нарушения способность к творческому самовыражению утрачивается, возникает состояние отчуждения со страхами, ужасами и т. д. Отсюда возникает мнение о том, что первичной целью терапии шизоидных пациентов является сублимация – замена аутистического ухода на творческую активность.

Основной психологический конфликт шизоидных лиц может быть определен как нарушение баланса близости и дистанцирования, условно: любви и страха. Имеет место глубокая амбивалентность, касающаяся тесного «прилипания» к людям. Шизоидные лица с трудом решают очень важную для себя проблему – отношения с людьми и определение дистанции возможного сближения. Они могут стремиться к близости и одновременно ощущать постоянную угрозу поглощения, разрушения. Отсюда стремление к дистанцированию с целью сохранения собственной безопасности.

По мнению Х. Гинтрип (H. Guntrip) [7], «классической дилеммой» шизоидных лиц является невозможность находиться в отношениях с другим человеком и оставаться вне этих отношений, не рискуя в обоих случаях потерять объект, потерять самого себя.

А. Роббинс (A. Robbins) [13] характеризует динамику шизоидных лиц, как послание, которое звучит следующим образом: «Приблизься ко мне, когда я один, но оставайся в стороне, потому что я боюсь проникновения в себя».

Одним из классификационных признаков, типичных для лиц с шизоидным расстройством, является асексуальность, несмотря на наличие способности к сексу и оргазму. Чем психологически теснее они приближаются к другому человеку, тем в большей степени сексуальная активность воспринимается как попытка смешения с собой, и эмоции пропадают.

Н. Маквильямс [11] приводит случаи, когда гетеросексуальные женщины влюблялись в шизоидных музыкантов, и вскоре начинали ощущать, что их любовники используют свою чувственность только для игры на инструменте. Нередко шизоидные лица стремятся в фантазиях к недостижимым сексуальным объектам, чувствуя безразличие по отношению к достижимым. Сексуальные партнеры шизоидных лиц часто жалуются на механически отстраненную доминанту их сексуальной активности.

Страх и угроза поглощения объединяет шизоидных лиц в некоторой степени с пациентами с личностным расстройством избегания. Но в последнем варианте эти симптомы представлены более тонко, мягко, и связаны, в основном, с угрозой отрицательной оценки. Хотя в поведении как тех, так и других наблюдаются сходные элементы.

П. Джиоваччини (P. Giovacchini) [6] рассматривает шизоидное личностное расстройство как асоциальное нарушение.

В том же 1979 году появилась работа К. Хорни (К. Horner), посвященная шизоидным личностным расстройствам, в которой возникновение нарушения соотносится с периодом ухода от симбиоза (слияния) с матерью.

В последнее время в литературе все чаще появляется термин «ментализация», под которым понимается способность создавать ментальное поле, т. е. умение представить ситуацию, участвующих в ней лиц, зафиксировать движения этих лиц, оперировать в рамках этого ментального поля. Проблема заключается в том, что способность создания ментального поля блокируется в период, предшествующий формированию шизоидного расстройства.

Ряд работ посвящен попыткам глубже проанализировать влияние особенностей воспитания на развитие шизоидных особенностей.

Д. Винникотт (D. Winnicott) [19] считает, что уход ребенка от реальности может быть частично обусловлен, наряду с биологическими особенностями, слишком навязчивым «сверхвключенным» типом воспитания, когда на ранних периодах жизни ребенок получает слишком большую дозу внимания матери, которая постоянно пристает к нему. Считается, что мать при этом переходит нормальные границы, что вызывает у ребенка дискомфорт. Чрезмерное внимание вызывает обратную реакцию.

Ряд авторов, в том числе Р. Лэнгс (R. Langs) [10], Г. Бэйтсон (G. Bateson) и соавт. [2], Х. Сирлс [14] считают, что родительское участие в воспитании ребенка включает в себя не только степень вовлеченности, но и ее содержание. Эти и другие авторы обращают внимание, что семьи лиц с шизофреническими психозами обнаруживают выраженность «противоречивых и спутанных коммуникаций». Эта противоречивость посланий (двойная связь), очевидно, усиливает шизоидную динамику в целом.

Согласно Дж. Бэйтсон (G. Bateson), «двойная связка» представляет собой двойное послание, которое дается человеку на сознательном и бессознательном уровне. При этом на вербальном, сознательном уровне говорится одно, а на бессознательном подразумевается другое. Ребенку, например, говорят, что он должен сделать, а на бессознательном уровне сообщается противоположная информация о том, что делать этого не надо. Воспринимая сознательно посланное ему сообщение, эмпатически ребенок улавливает его бессознательную сторону. Так, например, сознательное послание: «Ты должен совершенствоваться, работать над собой, делать карьеру», а бессознательное: «Мне очень одиноко в то время, когда тебя нет. Кроме того, я плохо себя чувствую, и вдруг что-то случится, когда никого не будет дома». Выполняя требование матери на сознательном уровне, ребенок на бессознательном испытывает тревогу и чувство вины. И, если что-то произойдет, то он берет вину на себя. Угроза возможного негативного события фиксируется и оказывает большое деструктивное влияние на психическое состояние.

Г. Салливан (H. Sullivan) [18] и А. Роббинс (A. Robbins) [13] считали одной из причин шизоидного расстройства ранний дефицит общения с родителями (гиповключенность). По мнению А. Роббинс [13], чувство одиночества и эмоциональная изоляция в детском возрасте провоцируют возникновение шизоидных личностных расстройств. Возможен вариант, при котором ребенок на раннем этапе своего развития получал не удовлетворяющий его режим сверхнавязывания, а в более позднем возрасте он мог смениться эмоциональной депривацией, изоляцией. Такое сочетание не изучалось, но оно, очевидно, может иметь определенное значение в развитии нарушения. Таким образом, с одной стороны, сверхвключенность, а с другой – депривация, определяют шизоидную проблему.

Одной из наиболее бросающихся в глаза особенностей лиц с шизоидными личностными характеристиками является их пренебрежение к принятым социальным ожиданиям. Эта особенность наглядно проявляется при сравнении шизоидных лиц с нарциссическими. Люди с шизоидными личностными расстройствами отчетливо индифферентны к впечатлению, которое они производят на других людей, и к влиянию такой оценки на их дальнейшую судьбу. Им не свойственны ни конформизм, ни уступчивость. Проявление таких особенностей не может

не отразиться на качестве межличностного общения, и, несмотря на внутреннее ощущение одиночества и тяге к контакту, они не склонны к компромиссам. Они часто ведут себя не так, как ожидают окружающие. Неловкость в социальном общении, неумение участвовать в совместной деятельности сочетается с искусственностью, зажатостью, неестественностью. Говорят, что шизоидный тип «Я» проявляется на безопасной дистанции от других людей. Оппозиционность, неумение соглашаться с тем, что является очевидным, могут сопровождаться отстраненностью, легким сарказмом, иронией, тенденцией нарушать общепринятые правила.

Лица с шизоидными особенностями, проживающие в Японии, проявляют психологическую агрессию по отношению к членам семьи, что в целом является нетипичным для японских семей. Аналитики считают, что отрицательное отношение к правилам носит защитный характер и обусловлено желанием показать безрезультативность предъявляемых к ним требований и стремлением заранее занять отстраненную позицию.

М. Балинт (M. Balint) [1], сравнивая состояние покинутости и состояние поглощения, пришел к заключению, что угроза покинутости является для шизоидной личности меньшим злом, чем поглощение. В работе «Дружественные экспансии – ужасно пустые пространства» автор отмечает два вида угроз. Он выделяет понятие «филобат» – человек, который любит дистанцироваться и под влиянием стресса «уходит» от людей; и «окнофил» – человек, который любит близость и, находясь под влиянием стресса, тянется по направлению к людям.

Активно дискутируется вопрос о том, что представляют собой шизоидные лица в целом. Н. Маквильямс [11] подчеркивает, что, несмотря на производимое на окружающих впечатление холодных, не заботящихся ни о ком и ни о чем людей, это мнение неправильно. Шизоидные лица могут проявлять заботу при условии сохранения личностного пространства. Они не подпускают других слишком близко.

Огромное значение для этих людей имеет самооценка. Она, как правило, связана с их индивидуальной творческой активностью, которая во многом обуславливает их личностную интеграцию, самовыражение. Для них не важно показать личную силу, превосходство над другими, получить положительную оценку. Самым значимым является возможность проявить свои природные качества, оригинальность, уникальность и получить собственное одобрение. Их внутренняя нацеленность на результат гораздо важнее стремления к внешней оценке творческого процесса. Собственные стандарты оценки себя в творчестве очень высоки. Для них особенно важно проявить себя как личность, заявить об авторской позиции и резко отвергнуть заимствование.

Вовлеченность в творческую активность целесообразна в терапии шизоидного расстройства. Эта активность может проявляться спонтанно в разных направлениях, и очень важно, чтобы она стимулировалась. Креативная продукция имеет абстрактные формы, поскольку иначе выразить особенности эмоциональной сферы (отчуждение, гиперсенситивность) шизоидные пациенты не могут. В рисунках таких людей видны разные оттенки эмоциональных состояний и их эволюционирование под влиянием внешних факторов.

По мнению психоаналитиков, людей с такого рода нарушением в целом нельзя назвать некооперативными. Они относятся с уважением к тем, кто проводит с ними терапию, стремятся, несмотря на трудность, установить с ними доверительные отношения. Положительным моментом терапии является формирование жестких аналитических рамок: ограничение во времени сеанса, договор по поводу оплаты, запрет близкого контакта, прикосновений, похлопываний по плечу, эротизированных отношений. Это снижает страхи пациента в отношении сверхвключения, поглощения аналитиком, смешивания и т. д. Шизоидные пациенты относятся к терапии с такими же чувствами, которые характеризуют их отношения с другими людьми. Обычно, это комбинация большой чувствительности, страха, поглощения. Они ищут помощи в связи с тем, что их изоляция стала слишком болезненной, или в связи с преследованием

специфической цели, например желанием преодолеть какие-то подавления для установления значимого контакта для знакомства с кем-то.

Свойственные им нарушения являются ego-синтонными и не рассматриваются как признак болезненного состояния, нарушения. В таком случае целью обращения за помощью может быть желание избавиться от депрессии, тревожных состояний. Причиной визита к специалисту является ощущение «пограничности» – вероятности того, что они могут стать психически больными.

Шизоидные лица плохо вербализуют жалобы. Свое состояние в начале терапии они характеризуют как ощущение потерянности и пустоты. Возникающие в процессе анализа длительные периоды молчания не должны обескураживать аналитика. Необходимо, чтобы у пациента усиливалось ощущение безопасности во время терапии. Они тонко воспринимают реакции аналитика, его внутреннее состояние, несмотря на то, что обратной связи при этом не проявляют. Поэтому очень важно не вызвать у них тревоги, паники. Основной задачей терапевта является нахождение способа проникновения в субъективный мир пациента, исключающего возникновение серьезной тревоги.

В связи с отстраненностью и нечетким стилем коммуникаций, может возникнуть восприятие пациента как интересного, но чудаковатого человека, но этим ограничиваться нельзя. Характерного для диагностики шизоидной личности клише явно недостаточно для эффективной коррекции этих состояний. Вместе с тем, человек с шизоидным личностным расстройством следит за тем, не теряет ли психотерапевт интереса к нему; наблюдает за его реакциями на манеру общения, подачи себя пациентом, наличие спутанных посланий и др. Шизоидные лица боятся, что терапевт может прореагировать на них так же, как другие, в том числе близкие люди, т. е. отвернуться от них эмоционально, посчитать безнадежными, полусумасшедшими.

Обычно такие пациенты не вызывают у аналитика тревоги. Но нередко возникает чувство беспомощности с вопросом: «Что же можно еще предпринять?»

Одной из частых проблем в работе является достоверность диагностики, поскольку шизоидное расстройство в выраженных случаях может напоминать заболевания психотического характера. Для дифференциальной диагностики важно установить, что не выявляется период, который можно расценить как начало развития этого состояния. Так, например, при шизофреническом процессе всегда удается найти если не точку отсчета, то, во всяком случае, период, до которого у пациентов не проявлялись нарушения, типичные для состояния, по поводу которого они обратились.

Дифференциальной диагностике может помочь отсутствие продуктивных симптомов, например, бредовых идей, галлюцинаций. Следует обращать внимание на наличие или отсутствие формально нарушенного мышления. Дело в том, что пациенты могут нечетко выражать свои мысли, испытывать затруднения в формулировании проблемы, но для них нехарактерна дезорганизация мышления. Бывают случаи, когда осторожность, замкнутость, недоверие к специалисту приводят к остановкам речевого выражения, которые могут быть неправильно расценены. Эмоциональное состояние таких людей легко объяснимо и не находится в противоречии с другими психологическими функциями.

Психологические тесты могут стать дополнительным методом диагностики состояний декомпенсации. Если последняя характеризуется психотическим уровнем, она требует внимательного анализа. Декомпенсация может быть проявлением быстропроходящего кратковременного психического расстройства, что требует ее соотнесения с предшествующей симптоматикой.

Трудности в диагностике возникают тогда, когда в состоянии декомпенсации люди выглядят более больными, чем это есть на самом деле. Следует обращать внимание на причины декомпенсации, факторы и механизмы, способствующие ее развитию.

Задача специалиста состоит в попытке, насколько это возможно, сделать шизоидных лиц более интегрированными, несмотря на выраженность нарушений. Важно, чтобы такие пациенты чувствовали себя психологически более комфортно.

Обращает на себя внимание характерное для шизоидных лиц содержание процесса изоляции. Такие состояния не являются «пустыми». Они наполнены разнообразными размышлениями, воображаемыми образами из мира мечтаний, собственных фантазий. В этом проявляется их креативность, творчество, которые они не всегда способны выразить в своих действиях.

В связи с конфликтом близости-дистанцирования эти лица часто кажутся «деревянными» и «лишенными аффекта». Отвечая на вопросы, касающиеся эмоциональной сферы, они интеллектуализируют ответ.

Иногда в структуре личности некоторых пациентов с шизоидным личностным расстройством можно выделить отдельные черты обсессивности и компульсивности, т. е. навязчивый и принудительный аспекты. Это объединяет рассматриваемые нарушения с расстройством другого кластера – с обсессивно-компульсивным личностным расстройством. Нарушение выражается в привычках, уходящих корнями в прошлое; определенном стиле жизни; ритуалах, связанных с необходимостью совершать, например, какие-то виды активности в строго определенное время. Вышеуказанные признаки представлены не в такой степени, как это бывает при синдроме Каннера, но то и другое нарушение объединяет нечто общее. Лица с шизоидным личностным расстройством скрывают особенности своего поведения очень тщательно, т. к. к ритуалу сохраняется критика и понимание, что, с точки зрения окружающих, их действия будут восприниматься как признак психической патологии. Ритуалы включают в себя определенную, представляющую особое значение последовательность, которой они придерживаются. С одной стороны, шизоидные лица осознают, что в их действиях нет рационального смысла, с другой, – на чувственном уровне это «заземляет их в жизни». В случае препятствия для реализации ритуала, например изменения времени его выполнения, возникает болезненная реакция, возможна грубость, приводящая к конфликту.

Примером может служить человек, который ложится в определенное время спать, не отвечает на звонки или просто отключает на это время телефон. Однако дальше действия не заходят. Шизоидные лица относятся к такому поведению как к какой-то привычке, которая их заземляет, укрепляет в жизни. На основе одного подобного признака нельзя делать вывод о наличии обсессивно-компульсивной личностной структуры.

Обсессивные лица, в сравнении с шизоидными, выглядят обычно социально приемлемыми. Обсессивно-компульсивные личности крайне озабочены необходимостью получить признание и уважение окружающих, соответствовать нормам и правилам, вызвать одобрение со стороны своих коллег, членов семьи, для них важно иметь положительную репутацию в обществе. Присущее им стремление к морализированию абсолютно не свойственно людям с шизоидными наклонностями. Обсессивные лица обращают внимание на реакцию людей, на их оценки, на необходимость соответствия общепринятым требованиям, в то время как шизоидных лиц не особенно волнуют вопросы принятости и дифференциация того, что адекватно или неадекватно в социальном плане.

Параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства иногда объединяют в одну группу, обращая внимание на лежащую в их основе психотическую личностную организацию, единую для всех трех нарушений. Существует пограничная личностная организация, объединяющая пограничное, нарциссическое и антисоциальное личностные расстройства. Кроме того, выделяются расстройства, в основе которых лежит невротическая личностная организация. К ним относятся расстройства избегания, обсессивно-компульсивное, гистрионическое и зависимое личностные расстройства.

Черты шизоидной личности привлекали и продолжают привлекать к себе внимание писателей, сценаристов, режиссеров кино. В художественной литературе имеется ряд ярких,

хорошо запоминающихся персонажей с отчетливыми признаками шизоидного расстройства. К ним относятся, например, «человек в футляре» А. Чехова, Шерлок Холмс Конан Дойля. Детектив Холмс не поддерживает ни с кем близких контактов, даже с доктором Ватсоном, его помощником и в определенном смысле доверенным лицом. Общение Холмса с людьми ограничивается анализом и действиями в рамках конкретных расследований. Вне этих рамок он погружается в научные исследования, также имеющие непосредственное отношение к криминалистике.

Шизоидные черты можно легко обнаружить в киногероях американских вестернов в исполнении Клинта Иствуда.

Современным художественным воплощением шизоидных характеристик является, например, Бэтмэн (человек – летучая мышь), роль которого играет Брюс Уэйн. Его герой социально изолирован, постоянно занимается совершенствованием своих физических навыков и разработкой секретного супероружия.

Список литературы

1. *Balint, M.* Friendly Expanses-Horrid Empty Spaces. International Journal of Psychoanalysis, 1945, 36, 225–241 p.

2. *Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., Weakland, J.* Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science, 1956 (1), 251–264 p.

3. *Brazelton, T.* Joint Regulation of Neonate-Parent. Behavior, In E. Tronick (Ed.) Social Interchange in Infancy. Baltimore University Park Press, 1982.

4. *Escalona, S.* The Roots of Individuality. Chicago, Aldine, 1968.

5. *Fairbairn, W.* An Object Relations Theory of Personality. New York, Basic Books, 1952.

6. *Giovacchini, P.* The Treatment of Primitive Mental States. New York, Aronson, 1979.

7. *Guntrip, H.* (1952) The Schizoid Personality and the External Word. In Schizoid Phenomena. Object Relations and the Self. New York. International Universities Press. 1969, 17–48 p.

8. *Kretschmer, E.* Koerperbau und Character. Berlin, Springer, 1922.

9. *Laing, R.* The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness. Baltimore, Penguin, 1965.

10. *Langs, R.* The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy. V.1. New York, Aronson, 1973.

11. *McWilliams, N.* Psychoanalytic Diagnosis. New York, Guilford Press, 1994.

12. *Ratey, J., Johnson, C.* Shadow Syndromes. New York, Bantam Books, 1998.

13. *Robbins, A.* The Interface of the Real and Transference Relationship in the Treatment of Schizoid Phenomena. Psychoanalytic Review, 1988 (75), 393–417 p.

14. *Searles, H.* My Work With Borderline Patients. New York, Aronson, 1986.

15. *Sheldon, W., Stevens, S.* The Varieties of Temperament. New York, Harper, 1942.

16. *Sheldon, W.* Atlas of Men. A Guide for Somatotyping the Adult Male at All Ages. New York, Harper, 1954.

17. *Stone, M.* Abnormalities of Personality. New York, Norton, 1993.

18. *Sullivan, H.* Clinical Studies in Psychiatry. New York, Norton, 1973.

19. *Winnicott, D.* Mirror-role of Mother and Family in Child Development. In Playing and Reality. New York, Basic Books, 1967, 111–118 p.

Шизотипическое личностное расстройство

Шизотипическое личностное расстройство было впервые включено в DSM-III в 1980 году. Это единственное личностное расстройство, определенное эмпирически на основе генетического отношения к нарушению Первой оси – шизофрении. Симптомы расстройства напоминают шизофренические, но выражены в меньшей степени и оказывают менее тяжелое воздействие на социальное и профессиональное функционирование. Шизотипическое личностное расстройство имеет общие характеристики с позитивными симптомами шизофрении, в то время как шизоидное личностное расстройство – в большей степени с негативными симптомами.

Введение в классификационную схему шизотипического личностного расстройства связано с попыткой ограничить расширенную диагностику шизофрении. Есть большое количество психических нарушений, которые протекают с картиной, напоминающей шизофрению, но они имеют благоприятные исходы и разное течение. Лица с шизотипическим личностным расстройством производят достаточно странное впечатление не только на специалистов, но и на обычных людей. Окружающим они кажутся необычными и несколько нелепыми. Их своеобразие находит отражение во внешнем виде, одежде, в манерах и стиле поведения; особенностях межличностных контактов. Для них характерно магическое мышление, часто возникающие странные мысли и кратковременные идеи отношения. Например, у них возникает впечатление, что на них неспроста обращают внимание, но спустя некоторое время эти мысли теряют свою актуальность, и они переключаются на что-то другое. Типичны различные иллюзорные восприятия (псевдоиллюзии), фантастическая переработка воспринятой информации.

У биологических родственников лиц, страдающих шизотипическим личностным расстройством, нередко диагностируют шизофрению. Родственники с выявленной шизофренией у них встречаются значительно чаще, чем у здоровых респондентов.

При шизотипическом личностном расстройстве мышление и коммуникация с людьми могут быть нарушенными. У этих людей часто возникают эмоциональные состояния, которые проявляются неожиданными аффектами гнева, раздражения, подозрительности. Для них характерно выраженное суеверие, отнесение себя к разряду ясновидящих, способных предсказывать какие-то события.

Внутренний мир заполнен различными фантазиями и аутистическими переживаниями. В нем существуют воображаемые отношения с придуманными и реальными людьми. В этих отношениях могут присутствовать различные страхи, наличие которых прослеживается с детского возраста.

Речь отличается особым стилем, не совсем понятным окружающим, особенно в тех случаях, когда люди малознакомы с носителем расстройства и не привыкли к его особенностям. Люди обращают внимание на неадекватность его поведения, он может совершать трудно прогнозируемые поступки, которые вызывают раздражение.

Ряд черт, свойственных пограничному личностному расстройству, можно обнаружить у лиц с шизотипическими нарушениями. Характерно чувство одиночества; отсутствие друзей, трудности в установлении близких отношений, колебания настроения. Иногда лица с шизотипическим личностным расстройством одновременно имеют два диагноза: пограничное и шизотипическое личностные расстройства.

У людей с этим нарушением могут возникать формальные нарушения психотического уровня, которые проявляются непродолжительными симптомами. К ним относятся: состояния, при которых идеи отношения приобретают более выраженный характер, развивается депрессия или ангедония. Депрессия может напоминать развитие большого депрессивного эпизода. В этих случаях возможна постановка двойного диагноза.

В отличие от шизофрении при шизотипическом личностном расстройстве не существует прогредиентность нарушений.

Расширенная диагностика психических заболеваний требует от специалистов умения отграничивать психическое заболевание от личностного расстройства. В современных условиях велика вероятность как гипердиагностики, так и гиподиагностики психического заболевания. Причем более опасным является вариант поспешного «наклеивания» на пациента ярлыка психически больного, приводящего к серьезным социальным последствиям. Существуют виды личностных нарушений, при которых диагностические ошибки более вероятны. Например, при диагностике представленных в кластере «А» параноидных, шизотипических и шизоидных нарушений она будет нарастать по мере продвижения от параноидного к шизотипическому. То есть больше всего ошибок совершается специалистами при квалифицировании шизотипического нарушения. Если при установлении параноидного расстройства мнения специалистов могут разделяться, то при наличии шизотипического нарушения у большинства пациентов будет диагностировано психическое заболевание. В связи с этим необходимо помнить, что выделение в отдельную группу шизотипических расстройств было обусловлено необходимостью создания определенной ниши для людей, выражающих себя таким образом, что риск «приобрести» психиатрический диагноз эндогенного заболевания с плохим прогнозом у них более вероятен, чем у других. Это важно учитывать особенно в связи с отсутствием в классификации DSM-IV простой формы шизофрении, что позволяет хотя бы на какое-то время отнести многих пациентов к группе носителей шизотипического личностного расстройства.

В. Фэйрбэйрн (W. Fairbairn) [3] и Х. Гинтрип (H. Guntrip) [4], используя психоаналитический подход, внесли вклад в описание симптомов шизотипического расстройства и в понимание его механизмов.

Шизотипическое личностное расстройство приводится в DSM-IV-TR. Американская психиатрическая ассоциация выделяет это нарушение на основании опыта наблюдения многих пациентов с соответствующими этому расстройству признаками, у которых в течение длительного периода не обнаруживали нарастания симптоматики, каких-либо добавочных нарушений и появления негативных симптомов. Эти признаки не имели прогредиентного развития.

Основной целью диагностики шизотипического личностного расстройства является стремление уйти от «навешивания ярлыка» психического больного (стигматизации) на большое количество пациентов, неоправданное отнесение которых к шизофрении привело бы к ряду отрицательных социальных последствий, касающихся их профессиональной деятельности, семейных, дружеских и производственных отношений.

Шизотипическое личностное расстройство характеризуется наличием дефицита межличностных отношений, особенностями мышления, внешнего вида и поведения. Расстройство диагностируется с 18 лет на основании ряда признаков, наличие пяти из которых считается достаточным для постановки диагноза:

1. Наличие идей отношения, не носящих бредового характера. Их возникновение, в отличие от формирования бредовых идей, не связывают с такими механизмами формирования бреда, как приступ бреда – Wahnlinfall и бредовое восприятие – Wahnwahrnehorung [6]. Идеи отношения характеризуются относительной нестойкостью, сменой объектов, по отношению к которым они возникают, возможностью переключения на другие объекты. К этим идеям пациенты могут проявлять критическое отношение, что не случается при бредовых идеях.

2. Выраженная социальная тревога. Проявляется в четко представленном социальном дискомфорте в межличностных ситуациях прямых и косвенных контактов с незнакомыми или малознакомыми людьми. Шизотипическим личностям могут быть присущи черты личностного расстройства избегания, хотя первые, в отличие от вторых, не стремятся даже к безопасным социальным контактам, которые не являются для них потенциально желаемыми.

3. Шизотипических и шизоидных личностей объединяют необычные, странные убеждения, верования, не соответствующие данной культуре. Например, объяснения появления психических нарушений овладением духами, наведением порчи, бросанием дурного взгляда.

К третьему признаку относится также магическое мышление, в процессе которого придается большое значение определенным символам, значение которых выходит за пределы общепринятого, они имеют лишь личностно понимаемое содержание. Магическое мышление существенным образом отличается от других видов мышления (формально-логического, наглядно-образного и пр.), характеризуется другими параметрами и представлениями, оказывает значительное влияние на поведение, на содержание психики, создает свою картину внутреннего мира и структуру ментального поля. В определении отношений между людьми и, прежде всего, отношения к себе особое значение придается предугадываниям, предчувствиям, предзнаменованиям. С точки зрения обычной логики эти явления трудно объяснимы. К ним относятся также подозрительность, склонность к суеверным трактовкам происходящего, вера в ясновидение, телепатию, или наличие так называемого шестого чувства. Эти переживания носят у лиц с шизотипическим личностным расстройством не абстрактно-теоретический, а конкретный характер, который непосредственно соотносится с реальной жизнью. Пациенты чувствуют в себе способность определенным образом влиять на окружающих, например, передавать им некоторые свои убеждения. Те м не менее, они не используют эти особенности для привлечения к себе внимания, не стремятся казаться необычными, они так живут, так думают и чувствуют. Выражение, что другие могут чувствовать их чувства и эмоции, является для них не метафорическим, а конкретным. В более молодом возрасте, когда шизотипическое личностное расстройство еще не диагностируется, эквивалентом этого признака у детей и подростков является наличие необычных, вычурных патологических фантазий и сверхзанятость размышлениями на какую-то определенную тему. Это может находить выражение в определенных действиях, например, придумывании какой-то игры, рисунках, персонажи которых, с одной стороны, живут самостоятельной жизнью, а с другой – отражают события, происходящие в виртуальном мире.

4. Необычные переживания, связанные с восприятием. К этим состояниям относятся псевдоиллюзии, которые часто называют парэйдолиями. Они заключаются в способности человека в очертаниях реальных предметов видеть различные образы других предметов, фигур, животных, людей. Иллюзорное восприятие сопровождается критикой и пониманием того, что это своего рода придумка. «Я так это вижу», – говорят пациенты. Такие восприятия возникают очень легко, и внимание носителей этого расстройства может надолго сосредотачиваться на них. Это вызывает большой интерес. В момент переживания псевдоиллюзий в реальных картинах действительности видится нечто большее, какой-то фрагмент сюжета воспринимается по-другому, схватывается больший смысл, чем тот, который обычный человек извлекает из воспринимаемого.

К необычным переживаниям, связанным с измененным восприятием, относятся ощущения присутствия кого-то или чего-то, например, человека, которого в данный момент нет. Понимая на рациональном уровне происходящее, иногда пациенты превращают ситуацию в своего рода игру, пытаясь устанавливать с отсутствующим человеком особую форму контакта. Возможно возникновение чувства присутствия умерших людей, троллей, домовых, отражающего содержание фантазий детского возраста. «Я чувствую, что моя умершая мать находится в комнате вместе со мной», – говорит такой пациент.

5. Странное, эксцентрическое поведение, проявляющееся во внешнем виде, неряшливости в одежде, манерности, разговоре с собой. Разговор с самим собой отражает выраженную представленность аутистического мышления. Характерна манерность в поведении. Такого рода явления происходят без значительного отрыва от реальности, с легким переключением на контакты с другими, отсутствием затруднений в ответах на вопросы.

6. Отсутствие близких друзей, которым пациенты доверяют. В этот перечень не входят близкие родственники и члены семьи.

7. Необычный язык. Странная, нечеткая, слишком абстрактная, отвлеченная по содержанию, обедненная речь, в которой затрагивается небольшое количество тем, относительно мало привязанных к реальности. Продуцируемая информация часто неинтересна окружающим, особенно в случае рассуждений на темы реальной жизни. Ассоциативные процессы не нарушаются.

8. Неадекватный ситуации, суженный аффект, основанный на неконгруэнтности (негармоничности) эмоциональных состояний и отсутствии соответствующего эмоционального и мимического отклика. Желаемые ожидаемые эмоции могут отсутствовать, не проявляться вообще или носить неожиданный характер, выражающийся в неадекватных ситуации жестах, выражениях лица. Затруднения эмоционального контакта вызваны преобладанием фиксации на внутренних процессах, на содержании продукции воображения. Отсюда ощущение, что они лишь формально участвуют в происходящих непосредственно с ними событиях.

9. Подозрительность, достигающая уровня патологизирования. Иногда для обозначения этого состояния используют термин «параноидная идеация». Часто употребляемый сегодня термин «паранойяльный» постепенно уходит со страниц литературы. Параноидная идеация (параноидное мышление) исключает галлюцинаторные расстройства. Подозрительность приводит к еще большему ограничению межличностных контактов, это особенно относится к лицам, вовлеченным в параноидную идеацию.

В монографии П. Кернберга (см. Введение, [6]) описываются две формы шизотипического расстройства: негативная и позитивная шизотипии. Негативная шизотипия характеризуется плохой коммуникацией, приглушенностью межличностных контактов, «охраняемостью» себя, своих интересов, внутреннего мира.

К позитивным признакам шизотипии относятся идеи отношения, нелогическое (аутистическое) мышление (признак, отсутствующий в DSM), деперсонализация, подозрительность, повторяющиеся суицидальные угрозы. В структуре шизотипического личностного расстройства регистрируются пограничные симптомы. К последним относятся: неадекватная злость, аффективная нестабильность, ревность, импульсивность, чувство хронической скуки. Вышеперечисленные симптомы не входят в DSM классификацию, касающуюся шизотипического личностного расстройства.

Характерны признаки социальной дисфункции, к которым относятся общее отсутствие мотивации, низкий уровень профессионального функционирования, социальная изоляция, социальный страх и гиперсенситивность. Отдельно выделяются подозрительное поведение, сверхбдительность, частое возникновение раздражительности.

Подчеркивается необычность речевой продукции, когнитивное соскальзывание. Это выражается в употреблении малознакомых или вообще не понимаемых окружающими выражений, или в неадекватных высказываниях (имеется в виду использование лексики и фразеологии, имеющейся в словаре, но не поддерживающейся в данной среде общения).

Ряд других исследователей шизотипического личностного расстройства также приходят к заключению о целесообразности выделять несколько его субтипов. Так, например, Дж. Клэридж (J. Claridge) и соавт. [2], используя вопросник O-LIFE Мэйсона (Mason) 1995 года, обнаруживают, что у пациенток/пациентов встречаются четыре компонента шизотипии. Они по-разному выражены в каждом конкретном случае и определяют субтип нарушения:

1. Компонент необычных переживаний. Устанавливается при ответах на вопросы: «Ваши мысли иногда настолько сильно проявляются, что вы способны их слышать?»; «Вы когда-нибудь чувствовали, что обладаете особой, магической силой?»

2. Компонент когнитивной дезорганизации. Устанавливается при ответах на вопросы: «Вы когда-нибудь чувствовали, что ваша речь трудна для понимания, что ваши слова и фразы

не имеют смысла?»; «Несмотря на все ваши усилия сконцентрироваться, не относящиеся мысли проскальзывают в ваше сознание?»

3. Компонент интровертивной ангедонии. Устанавливается при ответах на вопросы: «Вы чувствуете близость к вашим друзьям, знакомым, родственникам?» (Здесь отрицательный ответ показывает наличие компонента.) «Чувствуют ли себя люди лучше, если они отстраняются от эмоциональной вовлеченности с другими?»

4. Компонент импульсивной неконформности. Устанавливается при ответах на вопросы: «У вас возникала иногда сильная потребность сломать или разрушить какие-то вещи?»; «Вам обычно свойственно среднее настроение, не слишком повышенное и не слишком сниженное?» (Здесь положительный ответ показывает отсутствие компонента.) Следует обратить внимание на то, что, в отличие от первых трех компонентов, клинически близких к шизофрении, четвертый компонент относится, скорее, к личностным чертам аффективного спектра.

Пациенты с шизотипическим личностным расстройством в стрессовых ситуациях могут переживать психические расстройства психотического уровня. Эти психозы продолжаются недолго, от нескольких минут до нескольких часов, обычно менее 24 часов. Микропсихотические эпизоды, таким образом, настолько кратковременны, что не соответствуют критериям короткого психотического расстройства по DSM-IV.

У пациентов с шизотипическим расстройством, кроме того, наблюдается повышенный риск развития нарушений настроения (депрессия, дистимия), тревожных расстройств (социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство).

Ego-защиты при шизотипическом расстройстве в целом примитивны, за исключением нарциссических. Они включают: проекцию, отрицание (полное игнорирование внешней реальности, которое замещается фантазиями), мышление по желанию. Пациенты используют реконструкцию реальности в соответствии с их внутренними нуждами, что приводит к нереалистическим убеждениям, сверхценным идеям, иллюзиям и галлюцинациям. Возможна идеализация, когда внешние объекты видятся исключительно с хорошей стороны и наделяются всевластием. Используется расщепление с разделением объектов на «только хорошие» или «только плохие». При этом возможна внезапная переоценка, когда плохие объекты становятся хорошими и наоборот. Характерно избегание интимности, аутистический уход в ситуациях конфликта.

Л. Бенджамин (L. Benjamin) [1] предложил гипотезу, согласно которой шизотипические пациенты в детстве воспитывались и наказывались родителями в соответствии с формулой «делай как я говорю, а не как я делаю». Это относится к разнообразным ситуациям бытового характера: курение, употребление алкоголя, режим питания, слэнг, стиль одежды и др. Например, родитель, систематически употребляющий чипсы перед обедом, наказывает ребенка, когда он делает то же самое. Л. Бенджамин считает, что поведение родителей и/или других авторитетных для ребенка людей может способствовать формированию и длительному сохранению нарушенного чувства реальности, что включает магическое мышление. Риск такого развития имеет место, когда взрослые создают впечатление, что всегда знают, чем занимается ребенок, даже когда он находится вне их поля зрения: на улице, в соседней комнате, в гостях у других детей.

Магическое мышление является одним из признаков шизотипического личностного расстройства, оно сочетается с «мышлением по желанию» (wishful thinking), верой в ясновидение, чувством предвидения, периодически возникающим чувством потери своего физического «Я» (деперсонализация), когнитивным аутизмом. У шизотипических пациентов могут развиваться идеи отношения, подозрительность, т. е. признаки параноидного личностного расстройства.

Шизотипические личности обнаруживают шизоидные качества, например, им свойственен особый уплощенный психоэмоциональный стиль жизни, однако кроме того они проявляют

выраженную эксцентричность, которая является наиболее отличительной характеристикой данного личностного расстройства. Они в большей степени, чем лица, страдающие другими нарушениями кластера «А» (параноидным и шизоидным), подвержены психотическим декомпенсациям с генерализованной тревогой, а также столь выраженными нарушениями мышления и поведения, что они мешают их жизненным целям и профессиональным амбициям.

Т. Вангаард (T. Vangaard) [8], наблюдая лиц с шизотипическим расстройством, обратил внимание на то, что у них практически всегда есть признаки ипохондрии. Автор считает, что различные ипохондрические симптомы имеют психологический символический смысл. Обнаруживаются любопытные отношения между соматическими ипохондрическими проявлениями и «общим уровнем комфорта» пациентов. Если межличностные отношения пациента/пациентки улучшаются, соматические симптомы ослабевают. Если в области межличностных отношений появляется угроза, ипохондрические переживания продолжаются или усиливаются и служат для пациентов способом бегства от реальности. «Выделяемая» для ипохондрических фиксаций зона может символизировать какого-нибудь человека, в котором пациент очень нуждается, но относится амбивалентно. Такой человек оказывается как бы вмурованным в ту или иную часть тела пациента. Метафора «мои родители постоянно сидят на моей шее» приобретает физические свойства в болевых ощущениях в области шеи.

М. Стоун [7] обнаружил, что шизотипическое личностное расстройство чрезвычайно резистентно к интерпретативной терапии. Лучших результатов можно достигнуть при использовании неинтенсивных форм поддерживающей психотерапии. Несмотря на значительные функциональные нарушения, шизотипические пациенты/пациентки редко нуждаются в госпитализации. Их состояние может улучшиться в связи с реабилитационными подходами, включающими поведенческую терапию.

Применение психофармакологических методов бывает эффективным, но должно ограничиваться малыми дозами нейролептиков (по нашим наблюдениям предпочтительно атипичных), с целью смягчения тяжелых и задерживающихся продуктивных симптомов, включая тревогу, идеи отношения, обсессии и компульсии.

А. Голдберг (A. Goldberg) и соавт. находят, что психофармакологическое лечение положительно влияет на деперсонализационные расстройства и симптомы соматизации.

Распространенность шизотипического расстройства среди населения составляет около 3 %. Проявление позитивных симптомов более характерно для женщин.

Шизотипические характеры находят свое отражение в произведениях художественной литературы, кинофильмах. Примерами таких образов могут быть «Иствикские ведьмы», персонажи известного американского фильма, снятого по одноименному роману Джона Апдайка, персонажи киноверсии «Семейства Адамс» (телевизионное шоу 1960-х, киноверсия 1991, 1993).

Список литературы

1. *Benjamin, L.* Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. New York, Guilford Press, 1993.

2. *Clairidge J., McCreery, C., Mason, O.* et al. The Factor Structure of «Schizotypal» Traits: A Large Replication Study. British Journal of Clinical Psychology, 1996 (35), 105–115 p.

3. *Fairbairn, W.* Psychoanalytic Studies on Personality. London, Tavistock, 1952.

4. *Guntrip, H.* Schizoid Phenomena. Object Relations and the Self. London, Hogarth Press, 1968.

5. *Robins, L.* Deviant Children Grown-up: a Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality. Baltimore. Williams, Wilkins, 1966.

6. *Schneider, K.* Klinische Psychopathologie. Stuttgart, Georg Thieme, 1966.

7. *Stone, M.* Schizotypal Personality: Psychotherapeutic Aspects. Schizophrenia Bull, 1985 (11), 576–589 p.

8. *Vangaard, T.* Borderlands of Sanity. Copenhagen, Munksgaard, 1979.

Антисоциальное личностное расстройство

Базисной характеристикой антисоциального личностного расстройства (АЛР) является пренебрежение правами других людей и их нарушение. Эти особенности пронизывают психику и поведение. Постановка диагноза АЛР, согласно DSM-IV-TR, возможна лишь после достижения пациентом 18-летнего возраста, и в анамнезе должно быть зафиксировано наличие нарушения поведения (Conduct Disorder) до 15-летнего возраста. АЛР включает постоянно повторяющееся нарушение основных прав других людей, соответствующих возрасту социально-этических норм или правил.

Специфическое поведение, типичное для нарушения поведения, разделяется на четыре категории:

1) агрессия по отношению к людям и животным;

2) разрушение собственности;

3) лживость или воровство;

4) серьезные нарушения принятых правил.

В DSM-III-R приводятся признаки, типичные для нарушения поведения. К ним относятся:

1. Кражи, которые совершаются подростками более чем однократно. Воровство предметов домашнего обихода, их продажа или обмен скрываются от окружающих без попыток признания в содеянном.

2. Частые побеги из дома с невозвращением на ночь (по крайней мере, два раза). Это может быть однократный побег, из которого дети сами не возвращаются. Уходы или побеги из дома не объясняются или трактуются нерационально. «Не пришел домой, т. к. забыл, а когда спохватился, было уже поздно. Думал, что накажут», – говорят в таком случае подростки-дромоманы. Мысли о возможных переживаниях родителей и угрызения на этот счет отсутствуют. Создается впечатление, что в структуре их поведения большое значение имеет импульс, который выражается в желании уйти и не приходить домой. Объяснение, что они не возвращаются из-за страха наказания, отражает только частично значимость происходящих только в период ухода событий. «Пусть меня накажут потом, а сейчас я покайфую». Уход из дома совершается под влиянием импульса, который они не могут объяснить словами. Охватывающие их желания близки к побуждениям. Иногда дромомания может быть единственным признаком нарушения. Кроме желания уйти из дома и вырваться «на свободу», другие симптомы отсутствуют. Чаще всего это уход на одну ночь и недалеко: к кому-то из сверстников, в подвал дома, на чердак и т. п.

3. Частое вранье. Обманывают не для того, чтобы избежать наказания, а безо всякой причины, без надобности, без смысла и мотивации. Иногда обман вызван стремлением произвести положительное впечатление, обратить на себя внимание. Вранье носит кратковременный, сиюминутный характер, т. к. быстро раскрывается.

4. Целенаправленные поджоги бумаги, писем в почтовых ящиках, каких-то предметов на улице, в общественных местах. Вред и социальная опасность таких действий для них неочевидны.

Стремление к поджогам, присущее лицам с нарушением поведения, связано не столько с желанием смотреть на пламя, сколько с получением удовольствия от реакции на это окружающих, проявляющих беспокойство, бегающих и гасящих огонь.

5. Частые, необоснованные отсутствия в школе. Когда дети не приходят на занятия, они обманывают родителей, и последние уверены в их посещении школы. На самом деле подростки вместо этого уезжают в какой-нибудь район города, т. к. там спокойнее, где их никто не узнает и не сообщит родителям. Они бесцельно шатаются по городу, проявляют элементы поведения,

о которых сказано выше, вступают в контакты с такими же, как они, антисоциальными сверстниками. Даже находясь в стенах школы, они не приходят на уроки или опаздывают на них, предпочитая находиться в каких-то подсобных помещениях. Родители, не осуществляющие строгой контроль за такими детьми, часто оказываются в полном неведении. В качестве примера можно привести двенадцатилетнего подростка, которого привозят на скорой помощи с отравлением кокаином. Мать не понимает, как это могло произойти, если, с ее слов, мальчик постоянно занят, ходит в школу, занимается баскетболом, несмотря на наличие у него «незначительных проблем» и приводов в милицию. Позднее выясняется, что подросток все придумал, он ничем не занят, в школу не ходит, баскетбол игнорирует. Таким детям тяжело высидеть урок, у них затруднена концентрация внимания, но, тем не менее, они успевают схватить какую-то информацию на лету.

6. Склонность к кражам и грабежам. Эти подростки стараются проникнуть в квартиры и другие помещения с целью украсть или разрушить что-нибудь, например, утащить что-то из чужой машины. Канадские исследователи изучали причины выбора родителями частной школы. В большинстве случаев это было связано не с более высоким уровнем образования, а с исключением контактов с детьми с антисоциальными расстройствами, обучающимися в государственных школах.

7. Сознательное, целенаправленное разрушение чужой собственности без получения каких-либо дивидендов для себя.

8. Жестокие действия по отношению к животным, сопровождающиеся получением удовольствия.

9. Сексуальная агрессивность, принимающая различные формы от приставания до попыток принуждения к сексуальным контактам.

10. Использование в драках оружия, чаще холодного, более чем один раз.

11. Частая инициация драк с более слабыми или младшими по возрасту. Стремление запугать, заставить платить деньги.

12. Похищение не принадлежащей им собственности с применением насилия. Вступление в контакты с другими сверстниками с антисоциальным поведением, образование групп, которые терроризируют участок города, улицу.

13. Физическая жестокость по отношению к людям, особенно находящимся в инактивном, беспомощном состоянии, например, алкогольном опьянении. Нападения на инвалидов, коллективные нападения на бездомных, на представителей определенной субкультуры, которая им не нравится.

Анализ антисоциальных детей и подростков показывает наличие у них ряда признаков, характерных для «височного» типа личности, одного из признаков синдрома Икара [43], который включает:

1. Очарование огнем у людей с височной акцентуацией, которое сопровождается стремлением смотреть на огонь, камин, горящие угли.

2. Полеты во сне, парение в воздухе. Эти сновидения сопровождаются не страхом, а приятным чувством.

3. Хорошо развитая способность воспринимать запахи. Пациенты/пациентки не только тонко улавливают запахи, но и придают им особое значение, поскольку со многими из них увязываются значимые эмоциональные события в жизни. Запахи стимулируют появление приятных эмоциональных состояний.

4. Стремление добиться чего-то, какой-то цели, вдохновения.

Начиная с раннего возраста, у таких детей не формируются эмоциональные позитивные отношения с родителями и родными братьями и сестрами (сиблингами). Происходят бессознательные попытки дистанцироваться от родителей, уходить от близкого контакта с ними, даже от прикосновений. Они трудно социализируются, несмотря на попытки и стремления роди-

телей. Адекватные происходящему переживания отсутствуют. Какая-то часть эмоций не проявляется в достаточной мере, и, прежде всего, это касается сопереживания, раскаяния. Они умеют быть убедительными в разговоре, их вербальные функции достаточно хорошо развиты. Это используется при необходимости защитить себя от последствий своих антисоциальных поступков и выражается в старании выгородить себя, свалить вину на других, чтобы избежать ответственности. Не знающие их люди могут быть введены в заблуждение, поскольку они способны произвести на окружающих хорошее впечатление, что не удается по отношению к родным и близким, людям, которые их хорошо знают.

Нарушение поведения разделяется на три группы: мягкое, умеренное и тяжелое. Мягкое нарушение включает незначительное число признаков и сопровождается причинением минимального вреда окружающим. Умеренная тяжесть подразумевает наличие большого количества признаков нарушения; тяжелая форма – связана с совершением криминальных действий, причинением выраженного вреда другим людям, частыми и долгими уходами из дома и т. д.

Описывают групповой тип нарушения поведения с его проявлением в процессе групповой активности; агрессивно-одиночный тип и смешанные, недифференцированные типы.

Плохое обращение с детьми в настоящее время рассматривается в большей степени не как частная изолированная проблема, а как один из признаков общего нарушения воспитания в контексте других семейных проблем, таких как антисоциальное поведение, алкоголизм родителей [44].

Исследования физического насилия над детьми и пренебрежения ими показывают, что такое сочетание часто приводит к развитию агрессивности, злобы и антисоциальных проявлений у детей.

Б. Игилэнд (B. Egeland) и Л. Строуфи (L. Stroufe) [4], Дж. Родженесс и соавт. (Rogeness G. et al.) [33] находят, что нарушение поведения развивается из длительных переживаний злости и агрессивности.

М. Мэйн (M. Main) и С. Джордж (C. George) [26] устанавливают, что физическое насилие над детьми может приводить к двум формам нарушений: у одних детей развивается аутизация и избегание, у других – страх, злоба и агрессивность.

В развитии нарушения поведения имеет значение передающийся из поколения в поколение негативный цикл. Однако такая динамика не предопределена. Она может быть первична, если окружающая ребенка среда изменится в положительную сторону, например, в случаях благоприятного влияния приемных родителей, хорошей школьной обстановки.

М. Раттер (M. Rutter) [34] пришел к заключению, что положительная эмоциональная ситуация в школе, заботливое отношение учителей, отсутствие формализма в школьном воспитании оказывают профилактику антисоциальности детей, находящихся в ситуации реального риска. Такие дети в три раза чаще (по сравнению с детьми, воспитывающимися в неблагополучных семьях и не имеющими благоприятных условий в школе) успешно выстраивают свою жизнь и удачно выбирают брачных партнеров.

И. Вернер (E. Werner) и Р. Смит (R. Smith) [41] считают, что взаимодействие факторов риска и защитных факторов представляет баланс между «силой личности и силой социальной среды». Под силой личности авторы понимают конституциональные факторы, которые особенно важны в младенческом периоде и детстве, в то время как социально-межличностные оказывают нарастающее влияние в подростковом возрасте.

Образец антисоциального поведения, свойственный нарушению, может продолжаться во взрослом состоянии и диагностируется как АЛР.

М. Тонри (M. Tonry), Л. Охлин (L. Ohlin), Д. Фаррингтон (D. Farrington) [37] полагают, что до сих пор многое остается неясным в нарушении поведения, в частности, наличие его субтипов; факторы риска, вовлеченные в развитие; семейные и другие воздействия среды, которые ведут к более благоприятным исходам. В целом, создается впечатление, что для развития

такого нарушения в большей степени имеет значение аккумуляция факторов риска и взаимодействие между ними, чем воздействие какого-нибудь отдельного специфического фактора.

В ранние годы развития нарушения поведения наибольшее значение имеет семейная среда. По мере того как дети растут и выходят за пределы семьи, все большую роль начинает играть влияние сверстников, школы, общества. Получение более конкретных данных требует исследования близнецов и адаптированных детей.

В настоящее время раннее начало нарушения поведения обычно сопровождается плохим прогнозом. Отсюда и профилактику необходимо начинать как можно раньше, желательно в дошкольном возрасте. Нужно продолжать исследования перехода антисоциального поведения подростков в подобное поведение во взрослом состоянии.

Нарушение поведения может быть результатом плохого обращения с детьми, физического и психического насилия, хотя эти же негативные ситуации приводят к формированию и других расстройств.

В 1960-е годы в литературе появился новый термин «синдром битого ребенка» (battered child syndrome), относящийся к психическим нарушениям подвергаемого физическому насилию ребенка [18]. С этого времени исследования в этой области концентрировались на следующих вариантах: физическое насилие, сексуальное насилие, эмоциональная травматизация, пренебрежение ребенком.

А. Грин (A. Green) [7], анализируя состояние детей, испытавших на себе прямое насилие и другие формы плохого обращения, обнаружил у них большое количество суицидных попыток и самоповреждений. Сравнительные исследования детей, подвергшихся физическому и психическому насилию, проводимые Д. Ален (D. Allen), К. Тарновски (K. Tarnowski) [1], выявили наличие у них высокого уровня депрессии, безнадежность и низкую самооценку.

Дж. Кауфман (J. Kaufman) [17] выявил у детей, подвергавшихся длительному плохому обращению, признаки большого расстройства настроения.

В то же время в работах А. Кэндалл-Такетт (A. Kendall-Tackett) и соавт. [19] содержатся данные о том, что дети, подвергшиеся сексуальному насилию, наряду со страхом, признаками посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), уходом в себя, проявляют жестокость, делинквентность (невыполнение обязанностей и правонарушения), сексуальную расторможенность, регрессивное поведение.

С. Маклир (S. McLeer), И. Деблингер (E. Deblinger) и соавт. [27] находят, что от 21 % до 48 % сексуально травмированных детей имеют признаки, достаточные для диагностики ПТСР по критериям DSM-III-R.

Тем не менее, большинство подвергшихся насилию детей не становятся делинквентными, а большинство делинквентных подростков и взрослых не испытывали в детстве сексуального насилия.

По данным С. Видом (S. Widom) [42], делинквентность у подростков, подвергшихся насилию в детстве, составляет 20–30 %.

В исследовании Т. Моффит (T. Moffitt) и др. [29] подчеркивается, что диссоциальные личности приобрели от родителей навыки социализации в детском возрасте. Автор называет их «дозой социализации», ограниченной социализацией. В дальнейшем (в подростковом периоде) кто-то из окружающих нанес им травму, оставившую в их психической структуре психологический шрам, на фоне которого последовала абсорбция псевдовзрослых образцов поведения антисоциальных сверстников. Таким образом, привитая антисоциальность наложилась на социализированную основу. В подобных случаях общение с антисоциальными подростками носит временный характер и продолжается только в течение подросткового периода. Часть взрослых, когда-то вовлеченных в антиобщественное поведение, но освободившаяся от него в зрелые годы, подавляет такое поведение положительным отношением к близким людям.

По мнению Л. Робинса (L. Robins) [31], АЛР обычно начинается как нарушение поведения в возрасте 8 лет, проявляясь в разнообразных отклонениях поведения, и достигает полностью развернутой клинической картины в конце двадцати– и начале тридцатилетнего возраста.

Начало развития АЛР определяется возрастом возникновения первых детских симптомов. В редких случаях сообщается о регистрации таких симптомов до пятилетнего возраста, а также в возрасте 11 лет. При раннем возникновении симптомов часто выявляется спонтанное выздоровление [31].

Только 26 % детей (данные Л. Робинса [31]) с признаками АЛР обнаруживают их во взрослом периоде жизни. Здесь регистрируется следующая закономерность: вероятность перехода нарушения поведения во взрослое АЛР нарастает с увеличением числа симптомов нарушения поведения: от 18 % при наличии минимумом трех симптомов до 46 % при проявлении шести.

АЛР обнаруживается у 3 % мужчин и 1 % женщин. Среди общего числа заключенных количество мужчин с АЛР составляет около 75 %.

М. Стоун (M. Stone) считает, что имеет место тенденция к более частой диагностике АЛР у мужчин и пограничного личностного расстройства у женщин.

В США АЛР занимает второе место среди всех личностных расстройств. Первое принадлежит ПЛР. В Великобритании ПЛР менее распространено и, соответственно, первое место занимает АЛР. Интересно, что, в отличие от других личностных расстройств, исследователи АЛР значительно в большей степени фокусируются не на клинической картине, а на вопросах эпидемиологии, судебно-психиатрических проблемах, социальных и политических факторах. Общественно-политические условия последнего периода существования СССР могли приводить к «диагностике» лиц, выступавших с критикой коммунистической идеологии и системы, как страдающих «психопатией», или шизоидной психопатией, а в худшем случае – шизофренией. Термин «антисоциальный» был запрещен к употреблению и часто ошибочно заменялся термином «асоциальный».

Согласно DSM-III (1980), диагноз личностного расстройства возможен только в тех случаях, когда характерологические черты типичны для функционирования индивидуума в течение длительного времени и не ограничиваются дискретными эпизодами заболевания. «Проявления личностного расстройства, в общем, распознаваемы в подростковом периоде или ранее и продолжаются в течение большей части взрослой жизни, хотя они часто становятся менее очевидны в среднем или пожилом возрасте…» АЛР является единственным личностным расстройством, для диагностирования которого требуется выявление его начала в детстве – три симптома должны проявиться до 15-летнего возраста и сохраняться в дальнейшем. Согласно правилам диагностики АЛР, необходимо, чтобы в течение не менее пяти следующих друг за другом лет у пациента проявлялись симптомы нарушений.

Л. Робинс и соавт. [32] подчеркивают необходимость наличия некоторых симптомов в возрастном периоде от 18 до 25 лет, для уверенности в отсутствии длительного перерыва между симптомами как до 15 лет, так и во взрослом периоде. Л. Робинс и соавт. считают, что АЛР должно соответствовать трем критериям, чтобы входить в категорию «психиатрического нарушения»:

1) симптомы имеют высокую корреляцию друг с другом, создавая конкретный синдром и не являясь совокупностью различных типов девиаций;

2) наличие генетического компонента;

3) расстройство возникает и распознается в любом обществе, невзирая на то, какой является его экономическая система.

В результате пересмотра критериев АЛР в DSM-III-R (1987), по сравнению с DSM-III (1980), были существенно изменены симптомы нарушения поведения раннего возраста, в то время как симптомы, характерные для взрослых, в основном остались прежними. В обеих вер-

сиях диагноз требовал наличия трех атрибутов из возможных двенадцати для возраста до 15 лет и четырех атрибутов из возможных девяти (DSM-III) или десяти в возрасте с 15 до 18 лет (DSM-III-R). Количество детских атрибутов осталось тем же, но их содержание было изменено за счет расширения роли детской агрессивности: вместо одного симптома – драки из двенадцати возможных, было введено пять добавочных симптомов, относящихся к агрессивности. К ним относились: использование оружия, жестокость по отношению к животным, жестокость к людям, принуждение других к сексу, а также кражи с конфронтацией с жертвой. Поджоги были выделены как обособленный от других форм вандализма симптом.

Нарушение поведения включало расширение различных форм агрессии и вандализма, случайные сексуальные связи, нарушение правил поведения дома и в школе, исключение из школы, делинквентность, академическую неуспеваемость, злоупотребление психотропными веществами, изменяющими психическое состояние. К взрослым симптомам был добавлен лишь один – «отсутствие угрызений совести», с целью усилить психологические характеристики дефицитарности, которая является центральной проблемой АЛР. Это изменение не было случайным, оно было связано непосредственно с появившимся пониманием недостаточности обоснования диагноза АЛР исключительно на наблюдаемых объективно нарушениях поведения [27].

В контексте DSM-IV-TR АЛР диагностируется, начиная с 18 лет на основании ряда признаков, четырех из которых достаточно для постановки диагноза:

1. Неспособность находиться в состоянии сколько-нибудь длительного «рабочего поведения». Это касается и производственной деятельности, и обучения. Безработица при реальной возможности найти работу для таких людей – привычное состояние. Часто повторяющиеся прогулы не связаны ни с болезнью, ни с конкретными семейными обстоятельствами. Многочисленные увольнения совершаются без реальных планов устроиться на другом месте. Причины ухода или увольнения могут быть различными, но они поверхностны. Зачастую конкретная причина вообще отсутствует. Такой человек может сказать: «Надоело, нечего там делать». Отношение к работе носит специфический характер. Поначалу носители этого нарушения неплохо справляются со своими обязанностями, придерживаются дисциплины, но только в течение короткого времени. Как только происходит привыкание к обстановке, мотивация к труду утрачивается, становится скучно, возникают дисциплинарные и производственные нарушения, которые повторяются все чаще и чаще. Происходят конфликты, вызванные стремлением ввести в заблуждение и обмануть окружающих. Факты совершенного нарушения скрываются, вина «сваливается» на других.

2. Отсутствие конформности к социальным нормам и уважения к законопочитанию выражается в повторно совершаемых антисоциальных действиях, которые не зависят от степени уголовной наказуемости и возможности привлечения к ней. К таким действиям относятся: разрушение чужой собственности, приставания, кражи, фальсификации, занятия нелегальными бизнесом, например, торговлей наркотиками.

3. Раздражительность и агрессивность, проявляющиеся в частых драках, применении физической силы. Драки провоцируют они сами. Сила применяется не как средство самообороны, а для избиения более слабых, членов семьи, включая детей.

4. Постоянное невыполнение финансовых обязательств. Занимая деньги, они убеждают окружающих в крайней необходимости их получения, при этом «забывают» отдавать долги. Антисоциальные личности не оказывают необходимой экономической поддержки тем людям и членам семьи, которые в ней нуждаются.

5. Отсутствие планирования своей жизни. «Зачем строить планы? Жизнь сама подскажет», – говорят они в таких случаях. Действия и активности, касающиеся разработки жизненной стратегии, совершаются импульсивно, спонтанно. Захотелось чего-то – появилась мысль о достижении какой-то внезапно возникшей цели, и она реализуется, несмотря на неадекват-

ность. Они могут уехать в другой город под влиянием импульса, не имея конкретных планов. Иногда возникает желание просто куда-то уехать. Когда они уезжают, они не всегда знают, куда приедут, желания меняются очень быстро, поэтому они часто теряются, т. к. не представляют, где закончится их путешествие. Поскольку четкой цели поездки нет, нет и фиксированного места их временного пребывания. Их отсутствие может длиться месяц, годили значительно дольше. Их часто ищут родственники, т. к. они не сообщают о себе никаких сведений. Когда их находят, они искренне радуются тому, что их обнаружили. Однако такая радость кратковременна. Объяснений причин отсутствия не дают. Приводимые доводы крайне поверхностны.

6. Лживость и отсутствие стремления быть правдивыми. Они часто сообщают неправильные сведения о себе, придумывают различные автобиографии, в зависимости от ситуации и тех, кто их слушает. Зачастую это делается для удовольствия, а иногда для личной выгоды. Они могут рассказывать о глубине своих знаний, о богатом опыте, которого в действительности нет. Возможно использование фальшивых документов.

7. Пренебрежительное отношение к безопасности других людей, включая близких. Это проявляется, например, в том, что они могут возить своих родственников, находясь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, превышая скорость на опасных участках дороги.

8. Проблемы в семейной жизни, неустроенная личная жизнь. Для них не типичны моногамные отношения. Ответственных родителей из них не получается, отсутствует забота о детях. Их дети систематически недоедают, часто болеют. Болезни нередко вызваны несоблюдением элементарных правил гигиены. Заболевший ребенок имеет мало шансов получить своевременную медицинскую помощь, т. к. антисоциальные родители своевременно не обращаются в медицинские учреждения и лично не лечат его, считая, что все «само пройдет». Ребенок оказывается зависимым от соседей или родственников, живущих в другом месте. Как правило, ему негде поесть, создаются ситуации, когда он не может попасть домой, не имея ключа от квартиры. Иногда его оставляют дома одного, уезжая на несколько суток, что кончается вмешательством правоохранительных органов. Браки антисоциальных личностей длятся обычно не больше одного года. Угрызений совести и сожалений по поводу последствий своего поведения не испытывают.

В DSM-IV-TR пункт, который касается пренебрежений правами других людей, подчеркивается, как наиболее значимый.

По нашим наблюдениям, у лиц с АЛР мало выражена реакция страха. Недостаточная его представленность имеет большое значение и подтверждает наличие серьезного нарушения функций ego. Несмотря на знание, что за какое-либо действие положено наказание, они все равно совершают антисоциальный акт, руководствуясь принципом сиюминутного получения удовольствия. Такая позиция свидетельствует о нарушении будущностной проекции. Иногда говорят, что такой человек живет текущим моментом. Сниженное чувство страха подтверждают данные о том, что приговоренные к смертной казни (в США) и сидящие в тюрьме антисоциальные личности подают апелляции в различные инстанции и, сохраняя психическое равновесие, рассуждают: «Ну, когда это еще будет, а может и обойдется».

Антисоциальные личности живут по примитивно-гедонистическому принципу удовлетворения потребности в наслаждении, невзирая на последствия. Отсюда возникают серьезные трудности в коррекции таких состояний.

Сенсорная депривация переносится ими плохо. Наличие авантюрного начала приводит к попыткам устроиться на сезонные работы в экстремальных условиях, например, на Севере, в высокогорье. Пребывание в таких регионах сопровождается депривацией особого рода: природа, малое количество людей, отсутствие достаточных объемов работы, ее однообразие приводят к эмоциональным и поведенческим срывам, заострению деструктивных черт, нарастанию агрессивности. Средствами снятия таких состояний становятся злоупотребление алкоголем,

веществами, изменяющими психическое состояние и др. Любая кропотливая работа, отсиживание часов «от и до» им не подходит, вызывает приступы раздражения. Находясь дома, они стимулируют себя просмотром телевизионных передач со сценами насилия, жестокости, грубости. Однако долго смотреть телепрограммы они не могут. Хорошим примером отсутствия у таких людей социализации, всякой продуктивной деятельности и наличия сексуализации и фальсификации служат герои мультсериала «Бивис и Баттхед».

В моменты скуки они часами говорят по телефону, причем ни о чем конкретном, одновременно едят, смотрят телепередачи. Любят испытывать необычные впечатления, поэтому их поведение «SSB» (sensation seeking behavior) направлено на поиск острых ощущений. Характерно периодическое употребление наркотиков и различных веществ, изменяющих психическое состояние.

С. Люис (C. Lewis) [21] разделяет носителей АЛР на две группы:

1) «первичную» группу, для которой характерно патологическое развитие эмоций, эмпатии, чувства вины, черствость;

2) «вторичную» группу, проявляющую патологическую эксцессивность эмоций.

На основании данных о низком уровне активности серотонина в обеих группах С. Люис предполагает, что этим может быть обусловлена неспособность пациентов с АЛР эмоционально реагировать на угрозу наказания. С. Смит (S. Smith) и Дж. Нюмэн (J. Newman) [35], придерживаясь концепции выделения двух групп носителей АЛР, выявили отсутствие тенденции к злоупотреблению алкоголем и другими изменяющими психическое состояние веществами в первичной группе и наличие такой тенденции во вторичной группе.

С. Смит, Дж. Нюмэн (Newman) и Р. Фэйрли-Джонс (R. Fairley-Jones) [5] связывают аддиктивные влечения во вторичной эмоционально-эксцессивной группе с нестабильностью, скукой, взрывным характером поведения и находят, что под влиянием алкоголя эти пациенты становятся еще более расторможенными.

При описании характерологических антисоциальных черт М. Стоун использует старый термин «психопатический», при описании поведения – «антисоциальный» и считает, что в ближайшем будущем оба термина будут сохраняться в употреблении. Автор фиксирует внимание на существовании «легких» вариантов АЛР. Лица, страдающие последним, характеризуются сравнительно слабыми проявлениями патологических черт.

Х. Чэкли (H. Checkley) [3] в получившей широкую известность монографии «Маска здоровья» выделяет 16 признаков, которые должны настораживать и указывать на наличие данной личностной аномалии. Они включают, в частности, поверхностный шарм, ненадежность, неискренность, эгоцентричность, отсутствие раскаяния и др.

Список Х. Чэкли был позже переработан Р. Хэйром (R. Hare) и соавт. [9] с включением в него следующих признаков:

1) краснобайство/поверхностный шарм;
2) грандиозное чувство самозначимости;
3) потребность в стимуляции/предрасположенность к скуке;
4) патологическая лживость;
5) надувательство/манипуляции;
6) отсутствие раскаяния или чувства вины;
7) уплощенный аффект;
8) черствость, отсутствие эмпатии;
9) паразитический стиль жизни;
10) слабый контроль поведения;
11) промискуитетное сексуальное поведение;
12) ранние проблемы с поведением;
13) отсутствие реальных длительных целей;

14) импульсивность;
15) безответственность;
16) неспособность взять на себя ответственность за свои действия;
17) многочисленные кратковременные брачные отношения;
18) аннулирования условного освобождения (из тюрьмы);
19) криминальное поведение;
20) злоупотребление алкоголем или другими веществами.

Правила скорирования позволяют после каждого пункта ставить «0», «1» или «2». Максимальное скорирование – 40. Скорирование выше 30 считается диагностическим для «психопатии» (АЛР). Эти двадцать признаков отличаются по своей выраженности при диагностической оценке и прогнозе. Некоторые из них имеют прямое отношение к промискуитету, нарушению закона, другие к нарциссическим характеристикам, третьи ко лжи, обману, безответственности и т. д. Их представленность, выраженность и комбинации создают картину разнообразия АЛР.

М. Стоун в 1993 году предложил добавить ко второму признаку (грандиозность) признак «эгоцентричность» и к шестому (отсутствие раскаяния и чувства вины) – «непроницаемость к стыду», показывая тем самым отсутствие у их носителей всяких сдерживающих факторов к совершению нарушений различного характера, включая насилие. При наличии этого признака у пациентов нет внутренних механизмов подавления антисоциальных мотиваций, а также они не чувствительны к сдерживающим попыткам со стороны других людей.

В XIX веке поведение таких людей квалифицировалось как «моральное безумие» потому что, с точки зрения психиатров, наблюдавших таких людей, человек с нормальным интеллектом, будучи психически здоровым, не в состоянии совершать подобные действия, т. к. удовольствие, получаемое им, незначительно, а последствия для других и самого себя разрушительны.

«Ядром» этого нарушения является получение удовольствия любой ценой, поэтому особенностью лиц с антисоциальными нарушениями является выдвижение на первый план деятельности, направленной на получение удовольствия. Им свойственен примитивный гедонизм, без учета реальной возможности следующего за антисоциальными действиями наказания. Поэтому запугивать их наказаниями бессмысленно. Эти лица стремятся к гиперстимуляции, чувствуя себя лучше во время пребывания в активном состоянии. Они не выносят пассивности, одиночества, изолированности. Поэтому термин «асоциальный» по отношению к ним выглядит нелепо. Они стремятся к контактам с другими, но при их осуществлении совершенно не учитывают их интересов. Любые, требующие усилий действия, производятся ими лишь при одном условии – получении удовольствия от деятельности. В случае несоблюдения такого условия, делать работу, не доставляющую им немедленных положительных эмоций, они не будут. Стремление к получению удовольствия носит поверхностный характер, не затрагивая глубинных эмоций.

Социальная непродуктивность таких людей базируется на том, что им быстро все надоедает. Начав с подъемом и энтузиазмом выполнять какую-либо работу, они быстро в ней разочаровываются, находя ее рутинной, скучной и неинтересной. Это приводит к появляющимся все более часто нарушениям, ошибкам и промахам, вызывающим возмущение окружающих.

Слабым местом лиц с антисоциальными нарушениями является гипостимуляция, которую они плохо переносят, испытывая при этом выраженный психологический дискомфорт. Эту особенность следует учитывать при профессиональном отборе. Так, увлеченные, например, романтическим порывом, они стараются уехать в места, где отсутствуют развлечения и нет возможности быстро вернуться, например, участвовать в экспедициях. Но из-за того, что им быстро все надоедает, у них появляется агрессивность по отношению к другим, усиливается конфликтность, провоцирующая разнообразные нарушения. Это делает существование рядом с ними всех остальных людей невозможным.

Пациенты с антисоциальным личностным расстройством, так же как и пограничные личности, склонны к суицидным действиям. В отличие от пограничного личностного расстройства (см. ниже), здесь речь идет в основном о демонстративных попытках.

Исследование психического статуса не обнаруживает формальных нарушений сознания, бредовых идей, иррационального мышления. Для них характерна большая практичность, высокий порог «заземления» и повышенное чувство примитивной реальности. Эти люди имеют развитый вербальный интеллект, они хорошо и красиво говорят. Они используют «обворожительную» речь, когда им нужно защитить себя, что-то скрыть, перевести разговор на другую тему. Они хорошо проецируют вину на других, обвиняя всех, кроме себя. Причем делают это с большим артистизмом и убежденностью, поэтому те, кто их мало знает, верит им.

Большинство лиц с АЛР не совершают преступлений. По данным М. Стоуна, только 37 % агрессивных лиц выявляют симптомы, характерные для АЛР. Таким образом, криминальные действия не являются необходимым признаком этого расстройства.

Затруднения, связанные с работой, у лиц с АЛР обнаруживаются чаще, чем криминальное поведение. Они выявляются в 94 % случаев; правонарушения, связанные с транспортом – в 72 %; серьезные проблемы в брачных отношениях – в 67 %. Последние включают покидание семьи, частые разводы, многочисленные измены и др.

Наряду с легкими формами АЛР, существуют варианты, представляющие непосредственную угрозу для общества. Лица с такого рода АЛР являются более опасными и для себя, и для окружающих, по сравнению с пациентами с психическими расстройствами психотического уровня.

Так, С. Йохельсон (S. Yochelson), С. Саменов (S. Samenow) [45] считают целесообразным выделять подгруппу антисоциальных лиц с тяжелым криминальным поведением, которое основывается на том, что в их мышлении формируются криминальные сценарии. Их реабилитация требует «тотального искоренения» криминального мышления.

Х. Чэкли (H. Checkley) [3], исследуя пациентов с признаками АЛР, пришел к заключению, что они способны хорошо приспосабливаться к различным условиям и в ряде случаев делают профессиональную карьеру. Среди лиц с АЛР (в терминологии Х. Чэкли «психопатов») он встречал бизнесменов, научных работников, врачей-психиатров, адвокатов, инженеров, «светских людей». В описании и анализе лиц с АЛР Х. Чэкли подчеркивает их «максимальную скрытность», способность в течение необходимого времени производить на нужных людей благоприятное впечатление. Настоящее лицо антисоциальной личности раскрывается в действиях, отношениях, когда ситуация становится им более знакомой и привычной. Таким образом, для раскрытия истинной сути антисоциального индивидуума нужно определенное время. Х. Чэкли считает, что у лиц с АЛР имеется не просто личностное нарушение, а, прежде всего, «дефект личности», вокруг которого формируются психологические защиты. Дефект относится к наиболее центральному элементу человеческой личности – к его социальной природе.

По мнению Р. Дженкинс (R. Jenkins) [12], «психопат» является «антисоциальным индивидуумом», который никогда не достигает развитой формы homo domesticus («домашнего человека»). Основное отличие лиц с АЛР от нормальных или интегрированных личностей заключается в отсутствии рефлексии и постоянной неспособности осознать, что большинство важных переживаний жизни значит для других людей. Р. Дженкинс подчеркивает, что здесь речь идет не о формально воспринимаемых поступках с точки зрения определенной этики, эстетики, теологии, философской системы или идеологии, а об отсутствии какого-то главного компонента эмоций, переживания, из которого формируются верность, сострадание, сочувствие, лояльность, концепция чести и ответственности. Этот параметр придает всем переживаниям жизненную силу и отсутствует при АЛР. Носители этого расстройства не способны «войти в переживание». Человек с АЛР может внешне превосходно его имитировать, но

это всего лишь ролевое поведение, а главный эмоциональный компонент отсутствует. Пациент/пациентка с АЛР не осознают и не переживают этой недостаточности, не способны выйти за границы своего видения и переживания себя и окружающего мира. Антисоциальные личности не способны по-настоящему ни страдать, ни сопереживать, ни радоваться жизни. Они не могут воодушевить кого-нибудь, научить чему-нибудь полезному; у них отсутствует симпатия к другим людям, сочувствие и радость, в связи с успехом даже наиболее близких людей.

В то же время утверждение, что лица с АЛР вообще не в состоянии получать удовольствие, очевидно, неправильно. Во всяком случае, существует активность, от которой они получают возбуждающие их переживания, своего рода «трепет» (thrill). Такой активностью является обман, одурачивание людей. А. Салтер (A. Sulter) [36] считает, что одурачивание различного содержания является главным стимулирующим событием в жизни индивидуума с АЛР.

Эта особенность характерна для различных форм АЛР. Так, например, С. Бабяк (C. Babiak) [2] обследовал лиц с антисоциальными признаками, занимающихся бизнесом, в шести разных компаниях. Автор установил, что в каждой из них главной причиной проблем оказывался сотрудник с антисоциальными признаками. Такого рода лица приносили компаниям и другим сотрудникам существенный ущерб. Их деятельность заключалась в сборе информации, манипулировании людьми, распространении сплетен, порочащих других сотрудников, провоцировании конфликтов. Они занимались чем угодно, кроме продуктивной работы. Автор отмечает, что ни в одном из случаев их не увольняли, а наоборот, они преуспевали, продвигались вверх по карьерной лестнице, обладая способностью «сваливать» вину на других. Тактика их поведения заключалась в установлении доверительных отношений с сотрудниками, от которых они могли получить нужную для них информацию, и внезапном разрыве этих «дружеских» связей, когда люди оказывались им не нужны. Им удавалось подсиживать руководителей и занимать их места. Во всей своей деятельности они проявляли отсутствие совести и сочувствия к кому-либо.

А. Салтер (A. Sulter) [36] предостерегает от ошибки ставить знак равенства между антисоциальными личностями в рамках АЛР («психопатами») и обычными преступниками. Отличие заключается не в уровне насилия и предрасположенности к совершению преступлений, а наличии личностных черт, которые позволяют им изощренно манипулировать людьми. К этим чертам относятся словоохотливость, краснобайство, поверхностный шарм, умение нравиться, добиваться прощения, умение убедить в своем «раскаянии». Люди продолжают часто верить этим индивидуумам, несмотря на весь отрицательный опыт прежнего общения с ними. Так, беседуя с сотрудниками фирм, обманутыми такими людьми, С. Бабяк обнаружил у пострадавших не только понятные реакции злости и обиды, но и депрессию, в связи с чувством потери отношений с этими интересными и возбуждающими людьми.

О чрезвычайно сильном влиянии лиц с АЛР говорит, например, тот факт, что известный специалист по данной проблеме профессор Д. Ликкен (D. Lykken) [25], по его собственным словам, неоднократно поддавался психологическому воздействию пациента с АЛР, который обманул его на 1000 долларов, проявлял постоянный авантюризм, игнорировал опасности без чувства страха, совершал противоправные действия. Д. Ликкен даже рискнул полететь с ним в качестве пилота на самолете.

Как уже указывалось, АЛР характеризуется отсутствием или крайне малой выраженностью чувства страха, в том числе и страха перед наказанием. Последний не останавливает носителей этого расстройства от совершения деструктивных поступков, т. к. они придерживаются принципа: «кайф» (thrill) я получу сейчас, а наказание будет потом, а может его вообще не будет.

Пациенты с АЛР имеют свою зону риска в нарушении адаптации. Согласно нашим наблюдениям, такой зоной является ситуация недостаточной стимуляции. Специфическая гипости-

муляция в данном случае – это лишение возможности проявлять активность, например, в условиях относительной изоляции, малом количестве внешних раздражителей. В таких ситуациях пациенты становятся раздражительными, повышенно агрессивными, хаотично дезорганизованными.

В. Джойнс (V. Joines) [14], исследуя уровни психопатологии, развивающиеся в процессе лечения при разных личностных расстройствах, находит, что в случае АЛР у пациентов при декомпенсации развиваются нарушения приспособления с расстройством поведения (по DSM-IV). Автор специально выделяет и описывает «очаровывающее – манипулятивное» поведение при АЛР, характеризующееся активной агрессивностью. Его носители как бы играют с другими в игру «поймай меня, если сможешь»; для того, чтобы добиться своих целей, могут расставлять ловушки, имитировать влюбленность, доброту, участие.

А. Бек в своей последней монографии «Узники ненависти» проводит дифференциацию между совершающими преступления антисоциальными личностями и склонными к насилию другими индивидуумами. Последние – «реактивные правонарушители» или «социопаты» – прибегают к актам насилия только в специфических провоцирующих ситуациях, в то время как для антисоциальных лиц или «первичных психопатов» насилие является поведением выбора и представляет их способ существования.

Реактивные правонарушители, в отличие от антисоциальных, способны к переживанию обычных человеческих эмоций, могут испытывать раскаяние, чувство вины, стыда, проявлять эмпатию, ранимость в межличностных отношениях. Их проблема заключается часто в отсутствии контроля, торможения, ассертивных (самоутверждающих) социальных навыков, неумении модулировать свои эмоциональные реакции.

В противоположность этой группе, антисоциальные первичные психопаты характеризуются отсутствием эмпатии и чувства вины, поиском острых ощущений, четко очерченным стилем поведения. Более того, согласно наблюдениям Х. Чэкли [3], З. Хэйр и соавт. [8], антисоциальные преступники обнаруживают черты грандиозности, считают себя выше других, относят себя к категории привилегированных людей с особыми правами.

Подчеркивание рядом авторов отсутствия эмпатии при АЛР требует дополнительного разъяснения, поскольку речь часто идет не о неспособности оценить все компоненты психического состояния другого человека, например, «схватить» о чем он думает, а скорее о невозможности пережить те же эмоции и проявить симпатию. Антисоциальные личности лишены способности идентифицировать себя с людьми, которым они наносят психическую и/или физическую травму.

Дж. Нюмэн (J. Newman) и соавт. [30] при изучении в эксперименте реакции лиц с АЛР установили наличие у них дефицита переработки информации. В ситуациях составления плана действий «психопат» оказывается «непроницаемым» к сигналам, которые заставляют других людей остановиться и подумать.

Для антисоциальных индивидуумов характерно стремление к власти, доминированию. Они используют примитивные психологические защиты, чтобы не испытывать даже намека на отрицательные эмоции. К ним относятся стремление контролировать других и ситуацию, проективная идентификация. Часто используется повышенная активность, не имеющая какой-либо конструктивной направленности. Наоборот, ее содержанием является нанесение ущерба людям, садистические действия, издевательства над более слабыми, жестокость по отношению к животным. Анализ психологии этих лиц показывает, что им совершенно не свойственно стремление повысить самооценку за счет контроля реализации своих импульсивных желаний. Они не переносят отрицательных чувств, прежде всего, чувства слабости. При появлении психологического дискомфорта сразу же прибегают к действиям, чаще всего в той или иной степени деструктивным. В английском языке такой синдром определяется не имеющим

точного русского эквивалента термином «acting out» («выделываться»), в польском – глаголом «rozrabiac».

Обычно считается, что в формировании АЛР принимают участие как генетические, так и средовые факторы. В наших наблюдениях мы встречались с ситуациями, когда дети, от которых отказались антисоциальные родители, оказавшись в благополучных семьях, воспитывались в них без проявления признаков нарушения поведения до 7–8-летнего возраста. Проблема появилась после контактов с антисоциальными сверстниками (школа, летний лагерь отдыха), когда происходило бурное развитие нарушений, и попытки справиться с ситуацией оказались безрезультатными.

Представляет определенный интерес работа П. Гринэкр (P. Greenacre) [6], которая наблюдала во всех исследуемых ею случаях АЛР наличие смешанного влияния строго авторитарного отца и попустительствующей или фривольной матери.

На значение психогенных влияний «психогенной этиологии» в развитии АЛР указывал Б. Кормэн (B. Karpman) [15], обнаруживая только в незначительном проценте исследованных случаев ее отсутствие.

А. Джонсон (A. Johnson) [13] высказывала предположение, что делинквентность детей или подростков иногда вызывается бессознательными антисоциальными импульсами их родителей. Бессознательный компонент стремления к антисоциальному поведению усваивается детьми/подростками с большей силой, чем вербальные наставления и ограничения. Дети «используются как пешки» и бессознательно стимулируются к воровству, насилию, сексуальному промискуитету и извращениям для удовлетворения бессознательных потребностей родителей самим реализовать такое поведение.

Р. Линднер (R. Lindner) [23] был убежден, что посредством активизации процессов невербальной памяти он способен получить у взрослых пациентов достоверные сведения о значительных, прежде всего, травматических переживаниях раннего периода (6–8 лет) их жизни. Эти переживания приводили к развитию серьезно нарушенных отношений с родителями и в конце концов – к заимствованию роли «психопата».

Антисоциальные типажи широко представлены в литературе, кино, телевидении. К ним относятся различные отрицательные герои, например, преступники в книгах Флеминга и экранизациях о Джеймсе Бонде. Ярким примером криминального варианта является персонаж доктора Лектора, серийного убийцы в исполнении Энтони Хопкинса в «Молчании ягнят». Более легкий вариант АЛР представлен у де Кюрваля в канадском телесериале 1996 года «Маргарет Валлон» режиссера Шарля Бинома.

Различные варианты лиц с АЛР встречаются в произведениях Ивлина Во, таких как «Горстка пепла» («A Handful of Dust», 1946); «Любимая» («The Loved One», 1948); «Порочные тела» («Vile Bodies», 1948) и др.

Классик американской литературы Генри Джеймс (младший брат известного философа Вильяма Джеймса) в 24-частной новелле «Поворот винта» (H. James. «The Turn of the Screw», 1898) мастерски изобразил неспособность к нормальным чувствам, черствость и всепроникающее сопротивление к человеческим подходам у детей.

Образ женщины с АЛР и криминальным поведением создан в фильме Моргана Фримэна 2002 года «Американская психопатка». Студентка университета, роль которой исполняет Мила Кьюнис, совершает преступления, она готова убить каждого, кто становится на пути ее карьеры.

В современной психиатрии особое значение приобретает проблема двойного диагноза. Если речь идет о злоупотреблении веществом, возникшем на базе базисного личностного расстройства, не обязательно антисоциального, диагност обращает внимание на разный характер дальнейшего жизненного сценария у таких людей. У них может появиться выраженная физическая зависимость по отношению к этому веществу, и тогда на первый план выступает

аддиктивное поведение. Иногда таких больных неправильно диагностируют, квалифицируя их состояние исключительно как аддиктивное расстройство, хотя, на самом деле, речь идет об аддиктивном расстройстве, развившемся на базе личностного нарушения.

Особенностью аддиктивного поведения у лиц с АЛР является отсутствие тенденции к ритуализации. Характерный для аддиктивного поведения ритуал использования аддиктивного агента в определенное время и в определенных ситуациях в данном случае отсутствует. Аддиктивному поведению лиц с АЛР присуща злокачественная безалаберность. Прибегание к аддиктивному агенту не связано ни со временем, ни с определенным местом. Происходит смешение и взаимное усиление аддиктивных и личностных нарушений.

Эффективных методов коррекции АЛР очень мало. Одним из них является профилактика – удаление ребенка из сферы общения с антисоциальным окружением.

В настоящее время выделяют диссоциальное личностное расстройство, которое не входит в официальные классификации. Более того, в МКБ-10 этот термин используется в другом смысле, подменяя антисоциальный. Диссоциальное личностное расстройство характеризуется антисоциальностью, проявляемой по отношению к большинству людей, в число которых, однако, не входят члены семьи, представители референтной группы, субкультуры.

В рамках антисоциальных Д. Ликкен [25] выделяет несколько вариантов личностных расстройств. Автор относит к ним отчужденную клиническую форму, давая ей более точное название «отчужденный социопат». С точки зрения Д. Ликкена и других авторов, этимология термина «социопатия» подразумевает большую долю участия социальных факторов в генезе этого состояния. Установлено непосредственное влияние отрицательных средовых и, прежде всего, семейных факторов на развитие этого нарушения. По мнению Д. Ликкена, в группе «отчужденной социопатии» можно выделить такие подварианты (формы), как тип с нарушением аффилиации (стремления быть в обществе других людей, потребность в общении, в осуществлении эмоциональных контактов, в проявлении дружбы и любви); дезэмпатический вариант (лишенный эмпатии); тип обманщика, враждебный тип, агрессивный тип.

Отчужденные социопаты в целом характеризуются неразвитой способностью любить и вступать в глубокие интимные отношения. В англоязычной литературе при характеристике многих психических расстройств широко используется слово «attachment». Поскольку оно не имеет точного психологического эквивалента в русском языке, наиболее близкими по значению являются термины «примыкание» и «прилипание», подразумевающие установление значимой эмоциональной связи, значимого «Я»-объектного отношения. У отчужденных социопатов способность к такого рода состояниям выражена слабо.

Д. Ликкен [24] считает, что одним из важных факторов, которые мешают социопатам вести нормальную жизнь, является отсутствие у них способности сопереживать и идентифицировать себя с потенциальной жертвой или каким-либо другим человеком.

Отчужденная социопатия с нарушением аффилиации (стремления быть в обществе других людей) возникает при воспитании ребенка в определенных семейных условиях, когда ни один из родителей не осуществлял эмоциональную заботу о нем в критический период раннего детства. Лишение возможности получать адекватные эмоциональные проявления родительской любви и внимания приводит к недоразвитию и утрате способности любить и развивать необходимую привязанность (attachment).

Концепция сенситивных периодов подразумевает наличие присущих определенному возрастному периоду оптимального сочетания условий для развития психических свойств и процессов. Преждевременное или запаздывающее по отношению к периоду возрастной сенситивности обучение может оказаться недостаточно эффективным, что неблагоприятно сказывается на развитии психики. Существует, например, определенный сенситивный период для успешного овладения ребенком иностранными языками.

По мнению Д. Ликкена, есть период, который является критическим для развития у ребенка глубоких чувств, интимных переживаний, любви и т. д. В худшем случае возникают трудности в развитии просоциальных стилей поведения. Просоциальный компонент любого вида деятельности оказывается сглаженным или отсутствующим. Неспособность эмоционально включаться в глубинное сопереживание с другими людьми существенным образом нарушает процессы приспособления.

Своеобразная структура отчужденных социопатов дезэмпатического типа делает их похожими на лиц, страдающих диссоциальным вариантом нарушения. Их характеризует наличие способности к установлению эмоционально значимых контактов с членами семьи. За ее пределами «эмпатический» круг значимых других очень сужен, в связи с отсутствием способности проявлять эмпатию в межличностных контактах с другими людьми и даже животными.

Причинами отсутствия эмпатии является недополучение ее от родителей и наличие в детском и в более позднем периоде жизни длительных стрессовых воздействий. Наблюдение за страданиями других, длительное и постоянное пребывание в травмирующих психику ситуациях вызывают сужение круга людей, к которым проявляется эмпатия. Одним из признаков лиц дезэмпатического типа является их неспособность включаться в эмоциональные переживания при просмотре драматических и трагических передач, например, по ТВ. Переживания других людей не вызывают у них ответных эмоциональных реакций. Если они и возникают, то только на интеллектуальном уровне.

Отчужденные социопаты враждебного типа ощущают себя хронически отверженными обществом людьми. Поскольку они не могут достичь успеха при условии подчинения общепринятым нормам и правилам, эти правила отвергаются, возникает отрицательное отношение к обществу, формируются враждебные, деструктивные поведенческие подходы. Одним из вариантов является поведение пассивно-агрессивных лиц, саботирующих не устраивающие их виды активностей таким образом, что формально к ним «придраться» нельзя.

К типу обманщиков относятся лица, которые не поддерживаются другими социальными группами, чувствуют себя униженными, находясь в меньшинстве. В качестве основного способа поведения они выбирают нарушение социальных правил, считая, что именно таким образом они компенсируют нехватку того, что причиталось им по праву, но недополучено от общества.

Отчужденные социопаты агрессивного типа любят причинять боль окружающим, наносить им повреждения, тиранить, затевать драки. Они получают удовольствие от осознания своего доминирования в таких ситуациях. Среди них выделяют различные под группы.

Так, например, Л. Катц (L. Katz) [16] в рамках этой группы описывает лиц с криминальным поведением, которые осуществляют физическое насилие. Поведение насильников приветствуется и поддерживается членами определенных групп. Криминализированные подростки одобряют подобные варианты поведения. К сожалению, такие действия встречаются все чаще. Автор считает, что для этих людей мир преступлений соблазнителен, их привлекают ощущения, связанные с деструктивными действиями. Деструктивный стиль поведения в дальнейшем распространяется на собственную семью, на детей. Если социопаты агрессивного типа становятся учителями или людьми, которые обладают какой-то властью, например, работниками силовых структур, они проявляют такой же стиль поведения, но уже в более скрытом, замаскированном виде, делая его более социально адаптированным. Л. Катц обращает внимание на результаты медицинского обследования, которые выявляют наличие у таких людей микроорганических нарушений в виде минимальной мозговой дисфункции. Первое место среди причин возникновения отчужденной социопатии агрессивного типа занимает неправильный стиль воспитания. По мнению автора, первому сексуальному опыту лиц, совершающих сексуальные преступления, предшествуют фантазии о насилии.

Имеют место попытки связывать наступающие периодически антисоциальные проявления с минимальной мозговой дисфункцией, нарушением гормонального баланса. Приводятся примеры развития такого рода поведения в предменструальном периоде с проявлением у женщин выраженных интенсивных социально опасных эмоциональных реакций, с отсутствием способности рационально оценить ситуацию и отслеживать свое состояние.

Выделяют антисоциальные нарушения, которые характеризуются определенной периодичностью, т. е. проявляются только в определенные периоды. В остальное время их носители сравнительно неплохо социализированы.

В работе С. Лилиенфилд (S. Lilienfield) «Рассмотрение патологических психологий» [24] содержатся аспекты, расширяющие представление об антисоциальной психопатии. Выделяется ряд признаков антисоциальных личностных нарушений, которые автор иногда называет «психопатиями», приводя этот термин в кавычках. К числу таких признаков он относит, например, «эгоцентричность» и «грандиозность». В своих исследованиях С. Лилиенфилд приводит примеры наиболее частых высказываний лиц с антисоциальным личностным нарушением: «Вы утверждаете, что я не придерживаюсь закона. Вы правы, но я следую только тем законам, которые устанавливаю сам». Правила, которых придерживается такой человек, укладываются в рамки поведения, характерного для людей, стремящихся быть лидерами.

Антисоциальные лица часто заявляют о наличии у них определенной цели, к которой они стремятся. Однако эти высказывания звучат на фоне полного отсутствия каких-либо навыков и квалификации, необходимых для достижения этой цели. Конкретного плана по решению поставленных задач и стремления к получению образования, как правило, тоже нет. Они не стремятся вложиться в приобретение каких-либо навыков. Если они и начинают что-то делать, им это быстро надоедает.

С. Лилиенфилд отмечает у таких лиц отсутствие угрызений совести и чувства вины, что ассоциируется с присущей им неспособностью к проявлению длительных реакций возмущения, обиды и др. Иногда буквально через несколько секунд эти реакции исчезают.

Импульсивность мешает им взвешивать все «за» и «против» и учитывать возможные последствия своего поведения: «Я делаю это потому, что чувствую, что должен это сделать». Для них характерны действия, направленные на получение немедленного удовлетворения, облегчения и слабый контроль за различными видами поведения. Ингибиция (подавление) отсутствует. В случае возникновения желания что-то сделать, в том числе совершить агрессивный акт, намерение сразу же реализуется. Реакцию такого человека можно вызвать очень легко. Говорят, что триггером для них является волосок. Очень слабый, незначительный раздражитель способен вызвать незамедлительные ответные действия, агрессию. Агрессивные проявления характеризуются эмоциональной холодностью. Глубоких переживаний в этот момент не возникает.

С. Лилиенфилд подчеркивает наличие у таких людей желания испытывать состояние возбуждения. Многие антисоциальные поступки и преступления планируются и совершаются не для извлечения материальной выгоды, а как средство, обеспечивающее возникновение возбуждения.

Автор отмечает, что эти люди очень плохо переносят всякую рутину, монотонность. Им часто становится скучно. Они избегают стереотипных, похожих видов действий, особенно если это требует необходимости концентрироваться и вкладываться в них.

С. Лилиенфилд [23] предлагает список правил поведения с лицами с АЛР. Он называет эту памятку «Путеводителем для выживания с антисоциальными лицами»:

1. Вы должны знать, с кем имеете дело.

2. Быть начеку и стараться не обращать особого внимания на проявление по отношению к вам положительного отношения, улыбок, эмоционально окрашенного разговора. Не «носите темных очков» при контактах с такими людьми.

3. Быть особенно бдительными в ситуациях повышенного риска. Некоторые ситуации и места как бы специально созданы для таких лиц: бары, которые находятся в отдалении от главных улиц, морские круизы, аэропорты, особенно в другой стране. В каждом случае потенциальная жертва одинока, ей скучно, она ищет того, с кем можно поговорить, приятно провести время.

4. Рекомендуется провести самоанализ, т. к. в окружающем вас мире много людей с антисоциальными расстройствами, а они обладают определенными навыками. Например, способностью раскрыть ваши слабые стороны, поэтому полезно проанализировать особенности своей личности, черты характера. Лучшей защитой является знание себя. Тогда вы будете настороже.

5. В случаях вынужденного длительного контакта с антисоциальными личностями необходимо получить профессиональный совет. Нужно быть уверенным, что человек, к которому вы обращаетесь за советом, профессионален.

6. Не осуждайте себя, что бы ни произошло. Нужно понимать, что объективно ситуация может не зависеть от вас.

7. Антисоциальные лица, имея определенную тактику, используют ее по отношению к каждому человеку, стараясь его обмануть, манипулировать им.

8. Обращайте внимание на то, что стратегия поведения таких людей направлена на создание хорошего мнения о себе со стремлением выглядеть страдающей стороной, вызвать к себе сочувствие, симпатию.

9. Осознайте, что не вы один/одна подверглись такой манипуляции.

Не надо ждать от человека с антисоциальными наклонностями, что он изменится в лучшую сторону. Р. Хэйр (R. Hare) [10] в связи с этим отмечает, что антисоциальные личности «выдолблены из камня» и малоизменчивы. Однако до следующего события, до следующего обмана они будут делать благопристойный вид и играть положительную роль.

Представляет интерес связь антисоциального личностного расстройства с аддиктивными нарушениями. При этом виде расстройства с раннего периода имеет место несистематическое употребление веществ, изменяющих психическое состояние. Такие люди легко вовлекаются в многообразные виды антисоциальной деятельности. У них часто отсутствует длительная фиксация на алкоголе. Это проявляется, например, в том, что при положительном отношении к алкоголю для них нетипично стремление достать его, они участвуют в выпивке в основном тогда, когда их угощают. Возможно употребление веществ, способных вызывать достаточно сильные явления физической зависимости, например, от опийных препаратов, что может привести к развитию химической аддикции. В таком случае химическая аддикция будет развиваться на фоне АЛР, что не может не наложить отпечаток на особенности его течения. Возможен более частый вариант, при котором, несмотря на сравнительно раннее употребление веществ, химическая аддикция не развивается. Это связано с тем, что вещества, изменяющие психическое состояние, употребляются периодически, а затем исключаются из употребления, даже если имеет место употребление героина. Лицам с АЛР это сделать, очевидно, проще, чем людям без этих нарушений, т. к. у них присутствуют другие сильные деструктивные мотивации, не являющиеся чисто аддиктивными. Человек с антисоциальным личностным расстройством умеет получать удовольствие, не попадая в зависимость от употребления конкретного аддиктивного агента. Спектр средств, обеспечивающих получение удовольствия, достаточно широк. Эти лица пребывают в постоянном поиске возбудителей без фиксации на каком-то одном из них.

Список литературы

1. *Allen, D., Tarnowski, K.* Depressive Characteristics of Physically Abused Children. Journal of Abnormal Child Pathology, 1989 (17). – 1–11 p.

2. *Babiak, C.* Psychopathic Manipulation at Work. In C. Gacono, The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy. Mahwah, NY: Lawrence Erbaum, 2000. – 287–311 p.

3. *Checkley, H.* The Mask of Sanity. 5th Ed. St. Louis, Mosby, 1972.

4. *Egeland, B., Stroufe, L.* Attachment and Early Maltreatment. Child Development, 1981. – 52, 44–52 p.

5. *Fairley-Jones, R.* Psychopathic Disorder. Current Opinion in Psychiatry, 1991 (4). – 850–855 p.

6. *Greenacre, P.* Conscience in the Psychopath. American Journal of Orthopsychiatry, 1945 (15). – 495–509 p.

7. *Green, A.* Psychopathology of Abused Children. Journal of American Academy of Child Psychiatry, 1978 (17). – 92–103 p.

8. *Hare, R., McPherson, M., Forth, A.* Male Psychopaths and Their Criminal Careers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988 (56). – 710–714 p.

9. *Hare, R., Harpur, T.* et al. The Revised Psychopathy Checkl ist: Reliability and Factor Structure. Psychological Assessment, 1990 (2). – 338–341 p.

10. *Hare, R.* Without Conscience: The Disturbing Word of the Psychopaths Among Us. New York. Simon and Schuster, 1993.

11. *James, H.* The Turn of the Screw and Other Short Stories. New York, A Signet Classic, 1963.

12. *Jenkins, R.* The Psychopathic or Antisocial Personality. Journal of Nervous and Mental Disease, 1960. – 131, 318–334 p.

13. *Johnson, A.* Sanctions for Superego Lacunae of Adolescents. In K. Eissler (Ed.) Searchlights on Delinquency: New Psychoanalytic Studies. New York, International Universities Press, 1949.

14. *Joines, V.* The Treatment of Personality Using Redecision Therapy. In J. Magnavita (Ed.) Handbook of Personality Disorders Hoboken. Wiley, 2004.

15. *Karpman, B.* Criminal Psychodynamics: A Platform. Archives of Criminal Psychodynamics, 1955. – 1, 3–100 p.

16. *Katz, L.* Distinction Between Self-Esteem and Narcissism. Eric|EECE Publications, 1993.

17. *Kaufman, J.* Depressive Disorders in Maltreated Children. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1991. – 30, 257–265 p.

18. *Kempe, C., Silverman, B., Steele, B., Drogemueller, W., Silver, H.* The Battered Child Syndrome. Journal of American Medical Association, 1962. – 181, 105–112 p.

19. *Kendall-Tackett., Williams, L., Finkelhor, D.* The Impact of Sexual Abuse on Children: A Review Synthesis of Recent Empirical Studies, Psychological Bulletin, 1993. – 113, 164–180 p.

20. *Kendler, K.* Diagnostic Approach to Schizotypal Personality Disorder: A Perspective Schizophrenia Bulletin, 1985 (11). – 538–553 p.

21. *Lewis, C.* Neurochemical Mechanisms of Chronic Antisocial Behavior.

22. J. Nerv. Ment. Dis., 1991. – 179, 720–727 p.

23. *Lindner, R.* Rebel Without a Cause. New York, Grunea. Stratton, 1944.

24. *Lilienfi eld, S.* Methodological Advances and Developments in the Assessment of Psychopathy. Behavior Research and Therapy, 1998. – 36, 99–125 p.

25. *Lykken, D.* The Antisocial Personalities., Hillsdale, N Y. Lawrence Erlbaum, 1995.

26. *Main, M., George, C.* Response of Abused and Disadvantaged Toddlers in Distress in Agemates. Developmental Psychology, 1985. – 21, 407–412 p.

27. *McLeer, S., Deblinger, E., Atkins, M., Fon, E., Ralphe, D.* Post-Traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children: A Perspective Study. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1988 (27(s)). – 650–654 p.

28. *Millon, T.* Disorders of Personality. DSM-III, Axis II. New York, Wiley, 1981.

29. *Moffi tt, T., Caspi, A., Harrington, H.* et al. Males on the Life-Course Persistent and Adolescent-Limited Antisocial Pathway: Follow-Up at Age 26. Development and Psychopathology, 2002 (14). – 179–207 p.

30. *Newman, J., Schmitt, W., Voss, W.* The Impact of Motivationally Neutral Cues on Psychopathic Individuals: Assessing the Generality of the Response Modulation Hypothesis, Journal of Abnormal Psychology, 1997, 106, 4, 563–575 p.

31. *Robins, L.* Sturdy Childhood Predictors of Adult Outcomes: Replication from Longitudinal Studies. Psychological Medicine, 1978 (8). – 611–622 p.

32. *Robins, L., Rigier, D.* Eds. Psychiatric Disorders in America, New York, Macmillan, 1991.

33. *Rogeness, G., Amrung, S.* et al. Psychopathology in Abused and Neglected Children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1986 (25). – 659–665 p.

34. *Rutter, M.* Pathways from Childhood to Adult Life, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1989, 30 (1). – 23–51 p.

35. *Smith, S., Newman, J.* Alcohol and Drug-Abuse Dependence Disorders in Psychopathic and Non-Psychopathic Criminal Offenders. Journal of Abnormal Psychology, 1990 (99). – 430–439 p.

36. *Sulter, A.* Predators. New York, Basic Books, 2003.

37. *Tonry, M., Ohlin, L., F arrington, D.* Human Development and Criminal Behavior: New Ways of Advancing Knowledge. New York, NY: Springer, 1990.

38. *Waugh, E.* A Handful of Dust. Boston, Little, Brown, 1946.

39. *Waugh, E.* Vile Bodies. Boston, Little, Brown, 1948.

40. *Waugh, E.* The Loved One. Boston, Little, Brown, 1948.

41. *Werner, E., Smith, R.* Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth. New York, McGraw-Hill, 1982.

42. *Widom, C.* The Cycle of Violence. Science, 1989. – 244, 160–166 p.

43. *Wiklund, N.* The Icarus Complex. Lund. Department of Psychology, 1978.

44. *Wolfe, D.* Preventing Physical and Emotional Abuse of Children. New York, Guilford Press, 1991.

45. *Yochelson, S., Samenow, S.* The Clinical Personality (2 volvs.). New York, Aronson, 1976.

Оппозиционно-вызывающее расстройство

Основной чертой оппозиционно-вызывающего расстройства (ОВР) является модель негативистического, враждебного и дефицитного поведения, обычно направленного против родителей и/или учителей.

Действия лиц с ОВР не достигают уровня серьезных нарушений прав других, свойственных нарушению поведения (conduct disorder).

Согласно DSM-III-R, ОВР свойственны следующие признаки:

1. Частая потеря психического равновесия.
2. Частые ссоры с родителями.
3. Частые отказы от выполнения просьб родителей, касающихся уборки в квартире, наведения порядка в своих вещах и др.
4. Частое специальное совершение поступков, раздражающих родителей/учителей.
5. Частое обвинение других в своих ошибках.
6. Повышенная чувствительность к действиям других.
7. Частая гневливость и мстительность.
8. Частое употребление нецензурных выражений, ругательств.
9. Частое злорадство.

ОВР развивается в детстве, обычно от 3 до 8 лет, и встречается у 16–22 % детей школьного возраста. Согласно данным Х. Каплан и Б. Сэдок (H. Kaplan, B. Sadock) [1], ОВР развивается чаще у девочек, а нарушение поведения – у мальчиков. Развитие ОВР происходит на фоне нормального стремления ребенка к автономии, в процессе формирования идентичности. Патология связана со стремлением родителей к сверхконтролю над ребенком, подавлением его естественных стремлений. Ребенок старается защитить себя от сверхзависимости от матери, против ее вторжения в его ego-автономию. В дальнейшем различного рода психотравмирующие ситуации, болезни могут стимулировать оппозиционное поведение, которое становится психологической защитой против потери самооценки, чувства беспомощности.

Список литературы

1. *Kaplan, H., Sadock, B.* Synopsis of Psychiatry Sixth Edition. New York, Williams and Wilkins, 1991.

Пограничное личностное расстройство

Пограничное личностное расстройство (ПЛР) привлекает в последнее десятилетие пристальное внимание, что обусловлено частой встречаемостью данного вида нарушения. Имеется большое количество лиц, страдающих данной патологией и не обращающихся за профессиональной помощью. Эти люди представляют проблему, как для себя, так и для других, особенно для близких людей.

Психоаналитик А. Стерн (A. Stern) [29] в 1938 году, по-видимому, впервые использовал термин «пограничный» при описании некоторых своих пациентов с нарциссизмом. Он идентифицировал несколько пограничных признаков: 1) нарциссизм; 2) психическое «кровотечение»; 3) необычная гиперинтенсивность; 4) психическая и телесная ригидность – «ригидная личность»; 5) отрицательные реакции на терапию; 6) чувство неполноценности; 7) мазохизм; 8) глубокая органическая неуверенность и тревога; 9) использование проективных механизмов; 10) затруднения в оценке реальности, особенно в сфере межличностных отношений. Пациенты были обозначены А. Стерном как «пограничные», поскольку их было нельзя лечить «интеллигентными средствами», прежде всего психоанализом.

Используемый в литературе термин «пограничный» иногда означает «пограничное состояние». Примером такого отождествления служит работа Р. Найта (R. Knight) 1953 года «Пограничные состояния» [15], опубликованная в бюллетене Меннингеровской клиники. Автор обращает внимание на возможность использования термина при описании пациентов, состояния которых, с одной стороны, выходят за пределы невротического уровня, а, с другой – не могут быть диагностированы как эндогенное психическое заболевание. Р. Найт отмечает наличие у таких пациентов декомпенсации, в процессе которой человек находится как бы на полпути от непсихотического состояния к психотическому. Иными словами, это можно рассматривать как процесс регрессии от невротического к психотическому уровню психической организации.

Конструкция «пограничности» претерпела с 1960-х годов несколько изменений: от «личностной организации», «синдрома» до нозологической единицы пограничного личностного расстройства [7].

Автор оперирует термином «психическая организация», который в настоящее время практически не используется.

ПЛР как отдельное расстройство было введено в диагностику в DSM-III (1980). До этого термин «пограничный» использовался по отношению к различным нарушениям, например, вызывающим затруднения при диагностике, или же к типу личностной организации. ПЛР вначале нередко расценивалось как субтип шизофрении или позже как атипичное расстройство настроения. Дальнейшие исследования подтвердили валидность (действительное существование) ПЛР как отдельной нозологической (предусмотренной классификацией) единицы. В работах Дж. Гандерсона и М. Сингера (J. Gunderson, M. Singer) [6] от 1975 года были идентифицированы критерии, позволяющие четко отграничить ПЛР от других психических нарушений.

Согласно DSM-IV-TR (2000), диагноз ПЛР основывается на девяти признаках. Для диагностики ПЛР достаточно, по крайней мере, пяти из следующих характеристик:

1. Неистовые порывы избежать реального или воображаемого покидания.

2. Модели нестабильных и интенсивных межличностных отношений, характеризующихся наличием альтернативы между экстремальной идеализацией и девальвацией.

3. Нарушение идентичности: отчетливо и постоянно нестабильный «Я»-имидж или ощущение себя.

4. Импульсивность, по крайней мере, в двух самоповреждающих зонах (например, расточительство, секс, злоупотребление субстанциями, раскованное вождение машины, обжорство).

5. Повторяющееся суицидное поведение, жесты или угрозы, или самоповреждающее поведение.

6. Аффективная нестабильность и отчетливая реактивность на средовые ситуации (например, интенсивная эпизодическая депрессия, раздражительность или тревожность, обычно длящиеся несколько часов и редко несколько дней).

7. Хроническое чувство пустоты.

8. Неадекватная, интенсивная злость или трудность ее контролировать.

9. Транзиторная (преходящая), связанная со стрессом паранойя или тяжелые диссоциативные симптомы (чувство нереальности).

По сравнению с DSM-III-R (1987), в DSM-IV-TR (2000), как и в DSM-IV (1994), произошла лишь незначительная ревизия в определении симптомов. Был добавлен девятый критерий, который фиксировал периодическое возникновение быстро преходящих психотических эпизодов и тяжелых диссоциативных состояний.

Дж. Крайсмэн и Х. Строс (J. Kreisman, H. Straus) [17] считают целесообразным разделить девять диагностических критериев на четыре первичные сферы, что должно учитываться при целенаправленном лечении. Они представлены:

1. Нестабильностью настроения (критерии 1, 6, 7 и 8 по DSM-IV-TR).

2. Импульсивностью и неконтролируемым поведением (критерии 4 и 5).

3. Межличностной психопатологией (критерии 2 и 3).

4. Нарушением мышления и восприятия (критерий 9).

С. Харт (S. Hurt) и соавт. [11], проанализировав 465 пациентов с ПЛР, считают целесообразным разделение этого расстройства на три отдельных кластера:

1. Кластер идентичности, в котором на первый план выступает нарушение идентичности, непереносимость одиночества и переживания скуки/пустоты.

2. Аффективный кластер, характеризующийся злостью, нестабильностью аффекта и межличностных отношений.

3. Импульсивный кластер, где основными проявлениями являются импульсивность и самоповреждающее поведение.

Предложенная дифференциация имеет большое прогностическое значение, поскольку, например, риск совершения суицида наиболее велик у пациенток/пациентов, входящих в импульсивный кластер, и наименее присутствует в кластере идентичности. Аффективный кластер занимает в этом отношении промежуточное положение.

У лица с ПЛР, главным образом, в возрасте 20–29 лет выявляется наиболее выраженное нарушение функционирования, что связано с трудностями покидания родительского дома и одновременной эмоциональной уверенностью в отношениях и профессиональной карьере.

Установлено, что в попытках сформировать глубокие отношения эти лица попадают в дилемму «нуждаемость – страх». Они стремятся к интимности, но охвачены страхом оказаться травмированными или разочарованными, в связи с наличием у них базисного недоверия к другим, сформированного в раннем детстве в результате дисфункциональных отношений с родителями или другими осуществляющими первичную заботу о них лицами.

После достижения 30-летнего возраста наступает некоторое смягчение. Поведение становится менее самодеструктивным, улучшается способность формировать близкие взаимоподдерживающие отношения или же обходиться без таковых. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, может проявиться тенденция к прекращению алкогольного поведения [32].

Возраст после сорока лет, согласно М. Стоуну [32], является для пациентов вторым критическим периодом, в котором относительная эмоциональная стабильность, способность к получению удовлетворения, приобретенные ранее, укрепляются, или же клинические прояв-

ления, наоборот, обостряются. Неблагоприятный вариант обычно связан с экзистенциальными психологическими травмами (развод, потеря основной эмоциональной поддержки). М. Стоун считает, что определяющим фактором в прогнозе развития расстройства является отсутствие или наличие враждебности. Автор выделяет в этом контексте симптом «пограничной злости», придавая ему детерминирующее значение. Динамика событий выглядит обычно следующим образом. Пациенты с ПЛР, у которых злость и «скандальность» сохраняются в середине жизни, в конце концов, истощают терпение их мужей/жен или других близких людей, от которых они зависят. Злость, враждебность к окружающим приводят к усилению социальной изоляции, депрессии, возобновлению алкоголизма, суицидам. В то же время, многие пациенты, избавившиеся от враждебности, в 40–50 лет могут настолько измениться, что характеристики, свойственные ПЛР, к ним уже более неприменимы [32].

ПЛР в настоящее время является часто диагностированным расстройством. Согласно Дж. Крайсмэну и Х. Стросу (J. Kreisman, H. Straus) [17], им страдают от 30 до 60 % всех пациентов, диагностируемых по DSM-IV десяти личностных расстройств. А среди всего населения по критериям DSM-IV-TR частота выявления ПЛР составляет не менее 2–4 %, хотя многие специалисты уверены, что реальное количество случаев ПЛР значительно выше.

Приблизительно 10 % всех пациентов, наблюдаемых во внебольничных психиатрических центрах, и 20 % госпитализированных соответствуют критериям ПЛР. В течение последнего десятилетия отмечено, что женщинам ставят диагноз ПЛР в три раза чаще, чем мужчинам.

Несмотря на распространенность ПЛР (в практике врачей «первой линии» – первых, кто консультирует пациентов по психиатрическим проблемам), его диагностируют менее чем в 50 % случаев. В числе главных факторов, объясняющих такое положение, можно выделить:

1. Сочетанность заболеваний (коморбидность), в результате которой диагностируются только патология Первой оси, а Вторая ось игнорируется.

2. Влияние страховых компаний, в связи с необходимостью дорогостоящей, сложной и длительной психотерапии.

3. Стигматизирование диагноза, страх непрогнозируемости, безысходности, постоянная угроза суицида.

Дж. Крайсмэн и Х. Строс в качестве ключевых и «ранних предупреждающих признаков» (подобно тому, что устанавливается при соматических заболеваниях) выделяют некоторые жизненные события и поведение. Этот список включает:

1. Травматические детские переживания (особенно физическое или сексуальное насилие).

2. Поведение самосаботажа (настроенное на поражение поведение при интервью принятия на работу, разрушение хороших отношений).

3. История нарушенных отношений, увольнений, разрыв различных договоров и соглашений.

4. Частая смена школ, разводы, повторные браки.

5. История болезненных брачных отношений (браки с агрессивными лицами, алкоголиками).

6. Отношения с контролирующими, нарциссическими лицами.

7. Использование переходных объектов для самоуспокоения и комфорта (кукол и других игрушек).

8. Сексуальная спутанность (например, бисексуальность).

9. Опасное поведение, которое воспринимается как возбуждающее (злоупотребление субстанциями, промискуитет, кражи, булимия, анорексия).

10. Частые конфликты (особенно со значимыми лицами, старыми друзьями, сотрудниками по работе, членами семьи).

11. Повторные истории насилия в роли агрессора, жертвы или того и другого.

12. Резкие изменения в подходах (идеализация друга, а позже обзывание его/ее наиболее плохими словами, восторг от книги, а позже оценка ее как скучной и др.).

13. Влечение к экстремистским организациям (религиозным или политическим).

14. Лучшее функционирование в жестко структурированных организациях (например, низкая успеваемость в школе, но отличное поведение в армии).

Дж. Крайсмэн и Х. Строс [17] анализируют факторы, на основании которых представляется возможным прогнозировать развитие ПЛР. Авторы утверждают, что наблюдение за пациентами с ПЛР в течение десяти и более лет позволяет выделить специфические характеристики, свидетельствующие об относительно хорошем или плохом прогнозе. Положительные прогностические признаки включают:

1. Высокий интеллект.
2. Физическую привлекательность.
3. Художественный талант.
4. Самодисциплину.
5. Вовлечение в двенадцатишаговую программу, в случаях злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние.
6. Раннее, резкое улучшение.

К отрицательным прогностическим характеристикам относятся:

1. Хроническая враждебность и раздражительность.
2. Наличие в истории жизни (анамнез) антисоциального поведения.
3. Тяжелое родительское насилие.
4. Тяжелая патологическая ревность.
5. Эксцентричное, отчужденное поведение.
6. Бедность.
7. Злоупотребление веществами без включения в двенадцатишаговую программу.

Дж. Крайсмэн и Х. Строс выделяют также факторы, «коррелирующие с негативным прогнозом». К ним относятся:

1. Хроничность. Чем дольше существуют симптомы, тем больше вероятность продолжения течения расстройства.
2. Тяжесть. Чем более серьезны симптомы, тем менее вероятна их ремиссия.
3. Сочетанность симптомов нескольких расстройств (коморбидность): наличие других нарушений, таких как депрессия, или злоупотребление субстанциями, которые ухудшают прогноз.
4. Импульсивность. Чем более постоянно и сильно выражен этот симптом, тем менее вероятно достижение полного его устранения.
5. Возраст появления начальных проявлений. Если начальные симптомы наблюдаются или в раннем подростковом периоде, или в возрасте 30–40 лет, количество диагностированных случаев сокращается.
6. Нарушенные отношения с родителями. Плохие отношения с родителями в детстве и позже во взрослом периоде предсказывают плохой исход.
7. Нетрудоспособность. Пациенты, получающие пособие по инвалидности, имеют худший прогноз, чем те, кто способен поддерживать себя экономически.

М. Стоун [33] утверждает, что после десяти и более лет пациенты с ПЛР при наличии у них одного и более позитивных сдвигов (индикаторов) и ни одного негативного в 90 % и более случаев хорошо справляются с ситуациями. Среди тех, кто обнаруживает один или более негативных сдвигов (индикаторов) без какой-либо позитивной динамики, всего лишь в 35 % случаев достигают минимального удовлетворяющего уровня функционирования.

П. Линкс (P. Links), Дж. Миттон (J. Mitton), М. Стайнер (M. Steiner) [20] и М. Занарини (M. Zanarini), Ф. Франкенбург (F. Frankenburg) [37] выделяют кратковременные предвестники благоприятного прогноза течения ПЛР в период от двух до четырех лет. К ним относятся:

1. Ранний и быстрый эффект терапии.
2. Поддерживающие отношения с родителями, женой/мужем и друзьями.
3. Дружелюбие, умение нравиться.

Страх покидания занимает центральное место в структуре фобий при ПЛР, формируясь уже в депрессивной позиции [13]. Этот страх выступает не в качестве изолированного феномена, а негативно воздействует на различные формы поведения:

1. Нарушает формирование близких отношений.
2. Нарушает формирование идентичности.
3. Предрасполагает к значительным колебаниям настроения.
4. Предрасполагает к взрывам гнева и самодеструктивному поведению.

С точки зрения теории объектных отношений, лица с ПЛР в течение первых двух лет жизни воспитываются в хаотической обстановке с непостоянным непрогнозируемым отношением к ним родителей, что препятствует формированию спаянного «Я». В отличие от нормального ребенка, они не способны установить сколько-нибудь устойчивый образ мира, окружающих людей, на которых можно положиться, успокоить себя во время стресса. Вместо этого им необходимо постоянное присутствие рядом другого человека/людей для ощущения психологического комфорта. Реакция на временное покидание формируется согласно формуле: «С глаз долой, из сердца вон». Как говорят пациенты с ПЛР: «Если он/она не присутствуют рядом, и я не могу их видеть, они не существуют».

Пациенты с ПЛР частично выходят из ситуации страха, фиксируясь на переходных объектах в степени, свойственной раннему детскому возрасту. В качестве переходных объектов используются детские игрушки, куклы, фотоснимки, письма, предметы одежды, голос близкого человека, врача, записанный на автоответчике, и др. Все эти объекты становятся символами связи с отсутствующим человеком, на котором фиксирован пациент. Может иметь место тенденция к использованию других более деструктивных и опасных форм поведения, когда «переходным объектом» становятся, например, места для реализации случайных связей.

Ситуация усложняется тем, что, наряду со страхом покидания, на бессознательном уровне при ПЛР присутствует страх поглощения, связанный с представлениями о полном контроле со стороны другого человека. Речь идет о своего рода «двойственном ужасе» полной потери своей идентичности, как в случае потери связи со значимым лицом, так и в случае угрозы поглощения и контроля им или ею.

Страх покидания заставляет пациентов искать постоянной интимности, стремление к последней даже в случайных отношениях. В связи с такой неутоленной жаждой к интимности пограничный пациент пытается устанавливать новые отношения такой интенсивности, которая невозможна на сколько-нибудь длительное время.

Для ПЛР типичны хаотические межличностные отношения. Важным элементом здесь является полярное восприятие значимого другого по формуле «только хороший» или «только плохой», что типично для восприятия детьми 18–36 месяцев. Дети этого возраста с трудом переносят двойственность или неоднозначность и расщепляют мир на исключительно хорошие или исключительно плохие зоны. Если мать удовлетворяет все нужды, она рассматривается как исключительно хорошая, если она недостижима или не удовлетворяет основные нужды – как исключительно плохая. Пограничный пациент застревает на этом детском максимализме. Можно говорить о характерной смене идеализации объектов прямо противоположным последней чувством.

С. Смит (S. Smith) [26], анализируя психологические особенности принцессы Дианы в книге «Диана в поисках себя», пишет: «На исходе близких отношений принцесса (Диана) рас-

крывает отрицательные черты в другом человеке… ранее она видела в нем только хорошее… Диана не могла акцептировать факт, что любые отношения имеют свои взлеты и падения».

Дж. Крайсмэн и Х. Строс [17] обращают специальное внимание на одну особенность, которая накладывает особый отпечаток на межличностные отношения при ПЛР. Авторы называют эту особенность «всепоглощающим сейчас». Для пациентов с ПЛР не существует прошлого, а только настоящее. Если в настоящем происходит что-то плохое, весь положительный опыт отношений стирается мгновенно. Имеет место «эмоциональная амнезия», в результате которой для психологического комфорта нужно постоянно переживать положительные подкрепления. Память на чувства и переживания прошлого не существует.

Отношения с пациентом/пациенткой с ПЛР крайне затруднены, поскольку не существует «правильных» ответов на их вопросы и требования. Например, пограничная/пограничный пациентка/ пациент спрашивает: «Ты любишь меня сейчас больше, чем раньше?» Партнер/партнерша отвечает: «Конечно». Пограничный пациент/пациентка говорит: «Значит, ты не любила/любил меня раньше».

В случае отрицательного ответа на такой вопрос, последует реакция типа: «Ты меня больше не любишь». Таким образом, создаются ситуации, в которых «выигрыш» невозможен, что называют иногда парадоксом «Ловушки-22». Единственно правильным методом является демонстрация пациенту/пациентке, что он/она будет недоволен/недовольна любым ответом.

Одной из черт характера пограничных личностей является крайнее непостоянство в отношении к людям. Оно выражается в том, что такие лица, в отличие от нарциссических, в начале знакомства обнаруживают тенденцию к развитию выраженного положительного отношения к какому-то человеку. Эти отношения могут не носить сексуального оттенка. Они включают в себя положительные отзывы, восхищение, преклонение, блестящие характеристики заинтересовавшей их личности. Через сравнительно короткий промежуток времени это отношение сменяется на абсолютно противоположное. Происходит обесценивание этого человека.

Это связано, во-первых, с изменением базисного настроения пограничного пациента, например, от приподнятого до состояния со знаком «минус». Во-вторых, речь идет не просто об исчезновении первоначального эмоционального состояния, а о когнитивном переходе к другому полюсу с унижением и обесцениванием «кумира».

Глубинная причина такой метаморфозы заключается в следующем. В обычной жизни пограничные личности (не подвергающиеся лечению) проявляют сверхположительное отношение с участием переноса. Они в каких-то случаях переносят на вызывающего восхищение человека что-то из своего прошлого, идентифицируя его не с какой-то конкретной значимой фигурой из их жизни, а со своей «мечтой», содержанием которой является фантазия о воображаемом герое. Прототипом героя могут служить персонажи художественных произведений. Сам по себе этот образ сформировался как результат активности внутренних психических процессов, характеристики его относительно стабильны, относительно изолированы от влияния внешних факторов и мало подвластны колебаниям. Однако человек, на которого эти черты переносятся, при более тесном контакте не соответствует ожиданиям пограничной личности, и в процессе общения с ним неизбежно возникают противоречия. Он оказывается несостоятельным, не совпадающим с выдуманным положительным образом, не выдерживающим проверки реальностью. Отсюда реакция злости, содержанием которой является вопрос: «Как я могла/мог так ошибиться?!» Гнев на себя проецируется на конкретного человека, которым ранее восхищались. Противоположная реакция в виде отрицательного отношения приобретает гротескный оттенок.

Такого рода ситуации у пограничных лиц часто возникают во время анализа, когда аналитик первоначально воспринимается как положительная фигура, соответствующая существующему в психической структуре определенному имиджу. Пациент с восторгом относится к нему, но в ходе психоанализа нарастает несоответствие.

М. Балинт (Balint M.) [2] обращает внимание на наличие у лиц с пограничной организацией определенной динамики в анализе, когда положительное отношение к аналитику сменятся не злобой, а состоянием, которое автор характеризует как разочарование с элементами апатии и подозрительности. Подозрительность не доходит до уровня какой-то сверхценной идеи. Это пассивная подозрительная настороженность. В результате сочетания разочарования, апатии и подозрительности формируется состояние, которое аналитик воспринимает как отгороженность. Некоторые специалисты при этом говорят о потере контакта с пациентом, его формальном и пассивном отношении к участию в психоаналитических сеансах. Часть аналитиков сравнивает ситуацию с перегородкой. «Мы разговариваем через стекло», – говорят они.

Сами пациенты объективно обнаруживают у себя потерю интереса к анализу. Они с легкостью отказываются от дальнейших сеансов. Возникающие на этом фоне критические замечания аналитика (а такие бывают, потому что состояния отгороженности болезненно переживаются специалистом, способствуя развитию у него комплекса неполноценности) и реакция раздражения усиливают состояние подозрительности у пациента. Он начинает видеть причину происходящего в отрицательном отношении к себе со стороны аналитика. Попытки пациентов «разобраться» в ситуации, как правило, безуспешны и приводят к совершенно неправильным выводам.

Настроение пациентов при ПЛР часто и неожиданно без видимых причин меняется. Внешне это проявляется так. Человек, пребывающий в состоянии, например, приподнятости, заражает своей энергией других, но это состояние не является стабильным и носит кратковременный характер, в тот же или на другой день оно меняется. На первый план могут выступать апатия, угнетенность, мрачность, раздраженность, нетерпимость, склонность к конфликтам, провокационное поведение. Может доминировать гневливость, озлобленность, дисфория, грусть, сентиментальность, безнадежность. Эти состояния трудно или вовсе не прогнозируемы.

Определенная степень критичности к себе сохраняется, но пограничные личности не любят говорить на эту тему. Тем не менее, при неформальном анализе могут назвать проблемы, в какой-то мере объясняющие изменение настроения.

Попытки обсудить беспокоящие их вопросы сколько-нибудь подробно игнорируются или вызывают негативную реакцию. Если разговора невозможно избежать, пациенты стараются объяснить свое состояние таким образом, чтобы преуменьшить его, сослаться на формальные факторы, которые спровоцировали его, с нивелированием значения внутренних причин.

Стремление подчеркнуть недемонстративность своего поведения сопровождается гордостью от осознания его естественности и отсутствия ролевых взаимодействий.

Использование психологической защиты позволяет пациентам квалифицировать свое изменяющееся состояние как встречающееся у каждого человека, но, поскольку, с их точки зрения, люди лицемерны, они скрывают это. Характерна настороженность, которая связана с возможной квалификацией их состояний как психической патологии. Поскольку иногда они не контролируют себя, возникает страх, что их признают неадекватными.

Особенности ПЛР влияют на карьеру, что связано, в том числе, с нестойкостью мотиваций.

С точки зрения рационального подхода, лица с ПЛР иррациональны. Если они долго занимаются чем-нибудь, интерес к этому занятию обычно теряется. Наличие серьезных успехов и перспективы дальнейших достижений не является достаточной мотивацией для продолжения данной деятельности в связи с желанием быстро переключиться на другие виды активностей. Это касается круга общения и любимых занятий, которые очень быстро надоедают.

Такое отношение к жизни делает ее для носителей расстройства состоящей из отдельных отрезков, каждый из которых не похож на другой. Лица с ПЛР как бы проживают много жизней. Наличие микроидентичностей позволяет им ощутить себя разными людьми, проживающими различные жизненные сценарии в отношениях к профессии, друзьям, хобби и т. д.

Эти люди обладают тонкой психической организацией с хорошо развитой эмпатией. Они умело распознают эмоциональное состояние человека, с которым общаются. Функционирование бессознательной системы разума обострено. Они понимают, что это их сильная сторона. Они характеризуют себя как хорошо разбирающихся в межличностных отношениях.

Обостренное восприятие людей приводит к психическим микротравматизациям и провоцирует изменения состояния.

Одним из признаков ПЛР является слабость идентичности.

Нарушение идентичности выражается в недостаточной интегрированности «Я» и/или в недостаточной стабильности такой интегрированности. Слабость «Я» сопровождается слабостью ego, которое оказывается не в состоянии противостоять воздействиям бессознательного. Постоянно присутствует угроза нарушения баланса между вторичным и первичным процессом в сторону преобладания последнего. При этом создаются благоприятные условия для активизации коллективного бессознательного, что приводит к возникновению обычно кратковременных (от минут до нескольких часов) психических нарушений. Последние без учета их динамики, легкой обратимости могут быть ошибочно приняты за признаки психического заболевания, даже имеющего прогредиентный характер. Наиболее кратковременны дереализационные и деперсонализационные расстройства: ощущение нереальности окружающей обстановки, происходящих событий; потери чувства собственного «Я» (постоянно слабо представленное); чувство, что все происходит с кем-то другим или совершается в сновидении.

Особенностью пациентов с пограничным личностным расстройством является то, что кратковременные психические нарушения, очевидно, в связи с их повторяемостью, являются ego-синтонными, что вызывает отрицательное отношение к их терапии. При проведении психоанализа мы встречались с феноменом, обозначенным как id-сопротивление (id-resistence), выражавшемся в компульсивном повторении патологических моделей поведения.

М. Занарини (M. Zanarini) и соавт. [37] исследовали основной фон настроения при ПЛР и пришли к заключению о значительной представленности дисфорических чувств и идеаций. Изучение 50 оттенков дисфорических состояний обнаружило, что все они повышены у пациентов/пациенток с ПЛР, по сравнению с контрольной группой обследуемых. В 61, 7 % всего времени они чувствовали себя подавленными, в 59, 5 % – ничтожными, в 52, 6 % – очень злыми, в 63, 5 % – одинокими, в 51, 8 % – непонимаемыми. Кроме того, в 44, 6 % всего времени у них было чувство покинутости, в 35, 9 % – чувство, что их предали, в 33, 5 % – чувство потери контроля над собой, в 39, 1 % времени они чувствовали себя маленьким ребенком, в 44 % – испытывали переживания, как будто наносят себе повреждения или совершают самоубийство.

Пациенты с пограничным личностным расстройством до определенной степени могут управлять своими нарушениями. Характерно, что они постоянно пребывают на грани инфляции сознания материалами с бессознательными содержаниями. «Я» этих лиц недостаточно целостно (когезивно).

Наряду с отсутствием у лиц с пограничным расстройством «спаянного» «Я», у них слабо представлено superego, что свойственно также гистрионическому и нарциссическому расстройствам.

О. Кернберг (O. Kernberg) [12], обращая внимание на свойственную нарциссическим личностям патологическую лживость, отмечал, что им нельзя доверять в силу того, что они могут предать и подвести. Лицам с пограничным нарушением свойственно такое же поведение. Разница заключается в том, что человек с нарциссическими особенностями лжет или совершает предательство по отношению к окружающим для получения непосредственной выгоды, способствующей реализации его нарциссических устремлений, а люди с пограничным расстройством совершают аналогичные поступки с гедонистической целью, для того, чтобы именно в этот момент чувствовать себя хорошо. Стремление к удовольствию является ком-

пенсацией плохого отношения к себе. Гуманитарная образованность некоторых лиц с пограничным расстройством позволяет им характеризовать свое поведение фразой типа «Мы такие потому, что мы – гедонисты». Не видя перед собой перспективы длительной жизни и пытаясь получить удовольствие сейчас и немедленно, они рассуждают примерно следующим образом: «Вчерашний день уже прошел, завтрашний еще не наступил, будем наслаждаться днем сегодняшним».

В противоположность этому лица с нарциссическими нарушениями имеют пролонгированную, рассчитанную на успех будущностную ориентацию.

Характерной чертой являются совершаемые ими суицидные попытки в ситуациях, которые при объективном рассмотрении причиной суицида быть не могут. И хотя мысль о самоубийстве может не реализоваться «по техническим причинам», но она всегда серьезна. Свойственное им самоповреждающее поведение далеко от демонстративности, характерной для гистрионических суицидных попыток. Типичной является не демонстративность, а необходимость самопроверки с постановкой вопроса: «А что же на самом деле я могу выдержать?».

Лиц с пограничными и антисоциальными нарушениями объединяет наличие у тех и других гедонистических тенденций с быстро наступающим чувством пресыщения. Воодушевленность, увлеченность, настойчивость сочетаются у них с быстрой потерей интереса к происходящему с последующим совершением неадекватных и нелепых, с точки зрения окружающих, действий, проявляющихся, например, в уходе с последнего курса института, в прерывании почти законченной работы.

Пограничные личности имеют трудности с самоопределением и самоидентификацией. Им трудно ответить на вопросы: «К то я?», «Зачем я живу?» На бессознательном уровне возникает желание избегать ситуаций, требующих саморефлексии. Этим объясняется их стиль жизни. Слабость идентичности не доходит до диссоциативного расстройства идентичности.

Лица с ПЛР часто бывают не похожими сами на себя, т. к. любят менять свое поведение, внешний вид, способ самовыражения. Такого человека можно принять за кого-то другого.

Иногда у пограничных личностей актуализируются отличающиеся друг от друга и как бы живущие самостоятельной жизнью микроидентичности. При поверхностном взгляде их проявления воспринимаются как частые смены настроения, вызванные серьезной причиной. На самом деле в основе таких изменений лежит внутренний импульс, который на сознательном уровне не распознается ни его носителем, ни окружающими. Происходят до конца не изученные процессы в бессознательной структуре, являющиеся пусковыми системами (триггерами) возникающих перемен.

Трудности в самооценке и самоидентификации могут касаться также и определения своей половой принадлежности. Некоторые пограничные личности испытывают затруднения в самоопределении гендерной идентичности, не зная, кем себя считать: мужчиной или женщиной.

Для ПЛР характерно самоповреждающее поведение (СПП) с частым нанесением себе порезов, микротравм. У людей, которые мало их знают, возникает впечатление о демонстративности, шантаже, стремлении привлечь к себе внимание. Анализ показывает, что одной из причин такого поведения, связанного с аутодеструктивным побуждением, является стремление испытать боль и проверить, насколько далеко при этом можно зайти. Известно, что лица с ПЛР часто совершают суицидные попытки. Незавершенное самоубийство не носит у них, как правило, демонстративного характера. Оно не завершилось «не по их вине», это произошло случайно. Те м не менее после неудавшейся попытки состояние может измениться, и стремление свести счеты с жизнью становится неактуальным.

Самоповреждающее поведение при ПЛР имеет различные формы и необязательно направлено на совершение суицида.

Б. Уолш (B. Walsh) и П. Розен (P. Rosen) [34] находят, что за последние 40 лет (до 1988 года) число случаев СПП резко возросло.

И. Клонски (E. Klonsky) и соавт. [14] в исследовании около 2000 призывников установил наличие СПП приблизительно у 4 %. Большинство из них имело признаки ПЛР или других личностных расстройств. СПП у лиц с ПЛР характеризуется недооценкой его риска для жизни, что увеличивает этот риск [28].

А. Фавацца (A. Favazza) [3] и Дж. Крайсмэн (J. Kreisman), Х. Строс (H. Straus) [16] подчеркивают, что СПП может быть обусловлено различными целями: стремлением посредством боли избавиться от неприятных переживаний; вызвать отчуждение от своих чувств, избавиться от нереальности; релаксироваться, снять напряжение, а также бывает связано с поиском экстаза, получением особого чувства контроля над реакцией гнева, направленной внутрь себя.

С. Ширер (S. Shearer) [25] выделяет несколько основных «функций самоповреждающего поведения»:

1) чтобы путем вызывания физической избавиться от психической боли;

2) чтобы наказать себя за отрицательные («плохие») качества;

3) чтобы контролировать чувства;

4) чтобы выразить гнев;

5) чтобы чувствовать/преодолеть эмоциональную тупость. Дженифер Игэн (Jennifer Egan) в статье «Порезы», опубликованной 27 июля 1998 года в New York Times Magazine, полагает, что порезы представляют собой экстремальное выражение тех же импульсов, которые ведут к татуировке и пирсингу, столь популярных среди современных подростков. Автор сообщала об эпидемии порезов среди подростков-девочек. Не все, но многие из них страдают ПЛР, и это следует учитывать. Самоповреждающее поведение может начинаться как акт отчаяния, отражающий невозможность передать свое состояние словами [4].

ПЛР, согласно Р. Сэнсон (R. Sansone) [23], сопровождается повышенным риском совершения суицида, занимая четвертое место как фактор риска после депрессии, шизофрении и алкоголизма (в свою очередь, часто развивающиеся при ПЛР). В возрастных группах повышенного риска (15–29 лет) пациентам, совершившим самоубийство, ранее ставили диагноз ПЛР в 30 % случаев. Более 70 % носителей ПЛР имели в анамнезе историю суицидных попыток или самоповреждающего поведения (СПП), в то время как в случаях других форм личностных расстройств эта цифра составляла всего 17, 5 %.

П. Солов (P. Soloff), Дж. Лис (J. Lis), Т. Кэли (T. Kelly) et al. [27] приводят факторы, усиливающие риск суицида при ПЛР:

1. Прежние суицидные попытки.
2. Прежние госпитализации.
3. История длительной депрессии.
4. Безнадежность.
5. Импульсивность и агрессия.
6. Коморбидные антисоциальные характеристики.
7. Злоупотребление алкоголем и субстанциями.
8. Злоупотребление субстанциями родителей.
9. Безработица и частые смены работы.
10. Высшее образование.
11. Молодой, взрослый возраст.
12. Пожилой возраст.
13. История тяжелого насилия в детстве (особенно сексуального, или ранняя потеря близких людей).
14. Тюремное заключение.
15. Неадекватная или непостоянная психиатрическая помощь.

Анализ попыток самоубийства выявляет наличие интереса к нему, начиная с детского периода жизни. Суициды и разговоры на эту тему притягательны. Суицидальные сценарии становятся содержанием ментального поля, присутствуют в воображении, получают развитие в фантазиях, становятся чем-то вроде хобби, к которому пациенты периодически возвращаются. Интересно, что психиатры и психологи, страдающие ПЛР, испытывают к совершавшим суицидальные попытки пациентам особый интерес и устанавливают с ними хороший неформальный контакт.

Непосредственная причина суицидальных попыток у лиц с ПЛР не сводится только к импульсивности. К числу дополнительных, провоцирующих самоубийство факторов, относятся межличностные конфликты с интимными партнерами. При выборе партнера/партнерши используется хорошо развитая эмпатия. Выбирается человек, умеющий вступать в глубокие отношения и делиться своим «Я». Выбор, как правило, делается безошибочно. В силу выраженного чувства одиночества и ощущения своей несостоятельности, возникает потребность в примыкании к наиболее подходящему тебе человеку. Возникновение связи сопровождается страхом покидания, страхом предстоящего разрыва. Постоянное пребывание в состоянии готовности к разрыву отношений провоцирует его. Лица с ПЛР считают, что в них есть нечто такое, что отталкивает других людей, и раньше или позже разрыв отношений обязательно произойдет.

Человеку с ПЛР во взаимоотношениях с другими важен как можно более совпадающий по длительности период времени совместных отношений. Отсюда требования от партнера соответствия в переживаниях, в содержании мышления. Такая задача в целом невыполнима. Возникают несовпадения, о чем «сигнализирует» обостренная эмпатия. В ответ возникает отрицательная реакция: «Если сейчас это так, то потом будет еще хуже. Это начало конца отношений». Осознание и опознание несоответствий провоцируют крайне травматичный для пограничных личностей разрыв отношений, иногда провоцирующий суицид.

Стараясь спастись от экзистенциальной скуки на «длительную дистанцию», лица с пограничным расстройством мечтают об идеальной любви, об установлении связи с человеком, который понимал бы их, разбирался в возникающих состояниях и проявлял к ним терпимость. Выбор значимого для них объекта облегчает хорошо развитая эмпатия.

Люди с пограничным расстройством ценят и оберегают отношения со значимым «Я»-объектом, т. к. они понимают, что ничего более ценного у них нет. Этим объясняется присутствующий в их жизни постоянный страх быть покинутой/покинутым.

Пограничная злость, описываемая как ярость, характеризуется большой интенсивностью и непредсказуемостью. Некоторые пациенты с ПЛР стараются подавлять ярость в связи со страхом, что она может привести к мщению и покиданию. Подавленная ярость обращается вовнутрь и ведет к самодеструкции. Ее вспышки шокируют окружающих и способны резко изменить их отношение к пограничным пациентам, что достаточно специфично для динамики социальных контактов при ПЛР. В отличие от других психических нарушений, также включающих взрывы ярости, в случаях ПЛР ярость возникает на фоне хронической дисфории, чувство злости присутствует большую часть времени, являясь фактически фоновым состоянием. Пограничная злоба приводит к обострению семейных отношений, к различным видам домашнего насилия [1]. Она переплетена с другими признаками ПЛР, такими как нестабильность настроения, деструктивная импульсивность, самоповреждающее поведение, суицидные мысли и реализации, чувство враждебности к окружающим людям. Отмечается наличие инверсных отношений между враждебностью и депрессией [5].

Неумение контролировать свой гнев приводит к частым обидам и оскорблениям других людей, проявлению по отношению к ним агрессии, разрыву отношений.

Представляет интерес попытка выделить наиболее типичную для всех пограничных личностей основу присущих им микроидентичностей, например, характерное для каждой из них

основное психоэмоциональное состояние. Специалисты из Американской психиатрической ассоциации считают, что таким состоянием является хроническая пустота и хаос, вошедшие в DSM-IV как один из признаков ПЛР. Это состояние активизируется в трудно переносимые пограничными лицами периоды одиночества. Оно опасно для них – это зона риска. Чувство одиночества особенно обостряется в случае отсутствия человека, с которым они находятся в интимных отношениях. При этом изменяется переживание времени, которое воспринимается как текущее бесконечно и невыносимо медленно. Часы как бы останавливаются. Появляется экзистенциальная тревога с мыслями о том, что «Что-то должно произойти», «Я сейчас окончательно сойду с ума», «Моя психика начнет распадаться, взорвется, я перестану существовать». Такие переживания образно квалифицируются как «биологический страх отсутствия существования», «паника на фоне обломков» [9].

Л. Хеджис (L. Hedges) [10] в книге «Ужасающие переносы» (2000) отмечает наблюдаемые аналитиками в работе с пограничными пациентами соматические эквиваленты. Аналитик, по мнению автора, должен понимать, что глубокое погружение в переживания, особенно раннего периода жизни, может спровоцировать страх, потерю сознания, эпилептические, судорожные припадки. Даже при отсутствии эпилептических проявлений, страх оказывает существенное влияние как на пациента, так и на аналитика.

Характерное для ПЛР чувство пустоты – особый феномен, выражающийся в ощущении бессмысленности, бездонного эмоционального вакуума, что может приводить к кризису идентичности, отчаянию и суициду. Пациенты описывают это чувство как ощущение своей незначимости, незаметности, возможности своего исчезновения. По сравнению с обычной депрессией, тревогой, злобой или чувством скуки, переживание пустоты наиболее резистентно к коррекции. Пустота и отчуждение – черты пограничной депрессии, отличающие последнюю от большой депрессии.

Важной характеристикой пограничного личностного расстройства является импульсивность – внезапное возникновение желания, которое реализуется без каких-либо задержек, несмотря на возможную опасность для самих носителей расстройства и окружающих. В DSM-IV подчеркивается социальная опасность этой особенности. В основе импульсивности лежит желание вырваться за пределы психологически неустраивающего состояния. Иногда это связано со стремлением заглушить какие-то неприятные эмоции, страх. Импульсивность выражается в уходе в алкоголизацию, употреблении веществ, изменяющих психическое состояние, покидании дома, установлении контактов с антисоциальными лицами, стремлении любой ценой испытать острые ощущения, участии в азартных играх, трате денег, совершении различного рода безрассудств, подвергании опасности своей жизни и жизни других. Периоды импульсивности обычно кратковременны. Иногда они длятся до нескольких дней, а затем проходят. Происходит возврат к обычному состоянию. И по актуальному на данный момент поведению пограничных личностей установить наличие нарушения не удается.

В периоды импульсивности пациенты вступают в беспорядочные половые связи, что им вообще несвойственно. Они не любят осознавать ситуации, провоцирующие возникновение чувства неловкости и стыда. Рефлексии по поводу происходящего с другими людьми у них нет.

Импульсивность является повторяющимся нарушением, во многом определяющим клинику ПЛР. С нею непосредственно связаны различные деструктивные действия, включая суицидные попытки, самоповреждения, взрывы ярости, антисоциальные эксцессы. Самодеструктивный характер пограничной импульсивности отличает ее от импульсивности при других состояниях, как, например, АЛР, биполярное нарушение, ПТСР, патологическая игровая зависимость (гэмблинг), аутизм. Ее отличает, прежде всего, самодеструктивность, частое возникновение фрустраций в отношениях со значимыми лицами в связи с воздействием сравнительно незначительных психогенных факторов. С возрастом отмечается некоторое ослабление импульсивности: пациенты старшего возраста проявляют ее реже, чем молодые.

Отдельную проблему представляют психические расстройства психотического уровня, как правило, в виде паранойяльного или параноидного синдрома. Возникает необходимость разграничения этих расстройств внутри структуры ПЛР по присущей последнему симптоматике и бредовых синдромов в рамках других, прежде всего, шизофренических нарушений.

В связи с этим обращает на себя внимание тот факт, что глубокая регрессия и исключительное восприятие окружающего мира в течение многих лет описывались как характерные для ПЛР черты и, более того, Дж. Гандерсон (J. Gunderson) и М. Сингер (M. Singer) [6] в 1975году включали в симптомы ПЛР кратковременные психотические переживания, однако только в DSM-IV (1994) психозы вошли в качестве одного из диагностических признаков ПЛР. Очевидно, такое запаздывание можно объяснить привычкой психиатров локализовывать психотические эпизоды на Первой оси. Психозы при ПЛР возникают у пациентов совершенно неожиданно, хотя непосредственно перед их развитием они действовали в обычном для них стиле. Внезапное резкое изменение психического состояния приводит окружающих их людей в состояние растерянности и замешательства. У близких, знакомых, членов семьи даже могут появиться идеи самообвинения, мысли о том, что они «сделали что-то не так», спровоцировали, не смогли предотвратить нарушение. Психотические состояния в структуре ПЛР обычно кратковременны (от нескольких минут до нескольких часов), после них пациенты возвращаются к норме. Клиническая картина психических расстройств психотического уровня включает развитие подозрительности, бредовых идей особого значения, отношения, отравления; возможны иллюзорные восприятия, галлюцинации, спутанность, чувство нереальности себя и происходящего.

У лиц с ПЛР возможно возникновение особого вида нарушения, называемого нами состоянием отказа. Оно развивается очень быстро на фоне какого-то из свойственных этим людям состояний. Если это случается в дневное время: на работе или во время нахождения в каком-то другом месте, возникает стремление немедленно уединиться и «залечь». Приходя домой, пограничные личности не раздеваясь «падают» в постель и «замирают». Получить от пациента информацию о содержательной стороне состояния отказа не удается. Инициатива в разговоре, какое-либо стремление к общению отсутствует, продуктивный контакт невозможен, ответы на вопросы крайне лаконичны или вообще не даются, желания о чем-то попросить, объяснить свое состояние, рассказать о переживаниях нет. Аппетит и чувство жажды отсутствуют. Пациенты лежат без каких-либо движений обычно с открытыми глазами. На попытки растормошить их отвечают короткой гневной реакцией, в лучшем случае ответом типа «отстань», в худшем – бранью. Вышеперечисленные проявления сразу же затухают. Такое состояние может возникать и ночью, когда оно сменяет собой состояние сна. Близкие, которые знают таких людей хорошо, знакомы с этими состояниями, адаптированы к ним и поэтому не вмешиваются, зная, что нарушение скоро закончится. И, действительно, состояние отказа проходит, как правило, через несколько часов. Пациентка/пациент встают и начинают приводить себя в порядок. Попытки разговора на эту тему после выхода из состояния отказа вызывают резко отрицательную, даже злобную реакцию, поэтому наученные горьким опытом близкие люди этот вопрос не обсуждают. Специальный анализ содержания состояния отказа выявляет следующие моменты:

1. Состояния рассматриваются пациентами как опасные для социального имиджа. Они боятся, что на основании таких признаков их могут признать психически больными, т. е. сами они оценивают эти состояния как неадекватные, необычные, резко отличающие их от других людей.

2. Они не контролируют эти состояния и не могут волевым усилием подавить их.

3. Состояния отказа малосодержательны. Они сопровождаются меньшим, чем в обычной жизни, количеством переживаний. На уточняющие вопросы пациенты отвечают примерно так:

– Это состояние сопровождается чувством страха?

– Нет.

– Это состояние воспринимается вами как интересное?

– Нет.

– Во время этого состояния вы испытываете какую-то психическую боль?

– Нет.

– Во время этого состояния вы что-то представляете себе, у вас обостряется воображение?

– Нет.

– Вы о чем-то думаете в эти моменты?

– Нет.

– А что же присутствует в этом состоянии?

– Ничего.

– Вы слышите то, что происходит вокруг вас?

– Да, но мне это не интересно. Это происходит не со мной и не имеет ко мне никакого отношения.

Состояния отказа напоминают оглушение, но таковым не являются, т. к. восприятие при этом не страдает, отсутствует лишь реакция на происходящее. Эти состояния очень похожи на рудиментарную, простую форму кататонии, которая не сопровождается галлюцинаторными проявлениями. Пациенты проявляют менее выраженные реакции на громкие раздражители, чем на тихие, например, шепот.

Более редко, чем периоды отказа, совершенно неожиданно, в любое время и в любом месте у пограничных личностей могут возникать импульсивные состояния ухода. Например, человек уходит с работы домой раньше, чем положено, но куда он идет – неизвестно. Он/она исчезают, теряются. Обычно они появляются дома утром следующего дня без денег, документов, в грязи, иногда со следами физического насилия, например, драки. О том, что происходило на самом деле, они никогда не рассказывают. Могут отметить внезапно возникшее желание «рвануть» куда-то. «Меня буквально несло, и я не хочу об этом вспоминать». Такие редкие состояния мало изучены.

Дж. Кролл (J. Kroll) [18] находит, что пациенты с ПЛР, также как и пациенты с ПТСР, страдают от «нарушения потока сознания». Феномен проявляется в неспособности «выключать» поток сознания, который становится собственным врагом пациента. Поток сознания включает воспоминания о травмирующих событиях, вторжение имиджей, отрицательные самокомментарии, диссоциативные воспоминания, фантазии, разработку переживаний детского насилия. Все это проносится с большой скоростью «подобно телетайпной ленте».

Необходимо решить, вызвана ли суицидальность пациента желанием таким образом получить в ответ проявления симпатии (типично для пограничной динамики) или же мотивацией является отчаяние и безнадежность (депрессивное психическое состояние).

Дж. Гандерсон (J. Gunderson) [8] указывает, что ПЛР может сочетаться с ПТСР (30 %), булимией (20 %), анорексией (5 %), злоупотреблением веществами (35 %), злоупотреблением только алкоголем (25 %), нарциссическим личностным расстройством (25 %), антисоциальным личностным расстройством (25 %) и др.

Дж. Гандерсон приводит данные из различных источников, свидетельствующие о том, что почти все пациенты с ПЛР имеют симптомы депрессивных нарушений – «по крайней мере половина – большого депрессивного расстройства, дистимии, или обоих» [8, с. 39]. Несмотря на это, описательные характеристики пациентов разнообразны: в одних случаях может наблюдаться мрачность, «сжатость», в других – гневливость, импульсивность. В то же время в ряде исследований [19, 22] устанавливается, что качество депрессивных переживаний пациентов уникально и отличается от депрессий у других пациентов. Авторы подчеркивают пустоту, примитивную вину и негативные, обесценивающие подходы – признаки, типичные для депрессии при ПЛР.

При сочетании ПЛР с большим депрессивным расстройством (БДР) возможны затруднения в оценке того, какой из диагнозов приоритетен [22]). Проблема возникает, когда пациент имеет симптомы БДР в контексте нарушенных межличностных отношений с угрозой сепарации и с возникновением суицидных импульсов или действий.

О. Кернберг [12] описал ПЛР пациентов с точки зрения психоанализа. Автор обнаружил четыре ключевые характеристики, определяющие точность диагноза:

1. Неспецифическое проявление слабости ego.
2. Сдвиг в сторону первичного мыслительного процесса.
3. Наличие специфических психологических защит.
4. Патологические интернализированные объекты.

М. Стоун [31] акцентирует внимание на том, что развитие пациентов с ПЛР прерывается на фазе сепарации – индивидуации [21]. В периоде 16–30 месяцев дети начинают исследовать окружающий их мир как состоящий из объектов, отделенных от матери. Они осторожно отдаляются от нее на небольшую дистанцию, постоянно возвращаясь к ней как к источнику поддержки и безопасности. Пациенты с ПЛР рассматриваются автором в контексте постоянного возвращения к борьбе за автономию. У них не формируется постоянных объектных отношений и присутствует страх, что попытка отделиться приведет к исчезновению значимых для них людей, без которых они не смогут жить.

Фрустрация привязанности к родителям приводит в детстве к поиску замещающих «переходных объектов». Первыми являются мягкие игрушки-животные. Они часто замещают отсутствующих физически или психологически родителей. А. Шмальна (A. Schmalny) с соавт. [24] обратили внимание на то, что среди взрослых пациентов, находящихся в условиях больницы, больные с ПЛР очень часто приносят с собой в палаты игрушечных животных, что создает им условия психологического комфорта. Корреляция с ПЛР составила 61 %.

При дифференциации пограничного расстройства с шизофреническим процессом следует отметить наличие похожих на шизофрению эпизодов. Например, повторяющиеся периоды отказа могут напоминать простую форму шизофрении (по ICD-10). При возникновении подозрительности, связанной с прорывом в «Я» архетипов, например, архетипа врага, состояние следует дифференцировать с параноидной формой шизофрении.

Эмоциональные состояния у лиц с пограничным расстройством могут приближаться по своим проявлениям к большим депрессиям. Возникновение депрессивных симптомов во многом связано с плохим отношением к себе. «Спасением» таких пациентов является отсутствие «спаянности» «Я», что способствует кратковременности депрессивной симптоматики.

Бывает необходима дифференциация и с гистрионическим расстройством при легкой «смене» симптоматики. Поведение таких пациентов может восприниматься как несерьезное и ролевое.

ПЛР имеет симптомы, объединяющие это расстройство с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). К ним, прежде всего, относится нарушение «потока сознания» [18]. Объединяющий оба расстройства признак заключается в невозможности изменить или «выключить» поток сознания, который становится врагом пациентки/пациента. В потоке сознания присутствуют воспоминания о травмирующих событиях, вторгающиеся имиджи, отрицательные самооценки, фантастические переработки событий детства, неприятные соматические переживания, состояния тревоги, мстительности, гнева. Тем не менее ПЛР и ПТСР не являются идентичными. У большинства подвергшихся насилию детей не развивается ПЛР, и не каждый индивидуум с ПЛР испытывал насилие в детстве. Кроме того, сама клиническая картина ПТСР имеет ряд характерных признаков, отличающихся от таковых при ПЛР.

Пограничная личностная организация

Пограничная личностная организация (ПЛО) отличается от симптомов и поведения, присущих ПЛР и входящих в критерии DSM-IV. ПЛО, по существу включает лиц, не набирающих достаточного количества критериев для диагностики ПЛР, но проявляющих ряд характерных для последнего признаков, которые вызывают психологический дискомфорт и затрудняют психосоциальную адаптацию. Характеристики ПЛО включают [12]:

1) примитивные психологические механизмы;

2) диффузную (спутанную) идентичность;

3) в целом ненарушенную оценку реальности.

Примитивные защиты являются первыми попытками младенца справиться со стрессовыми для него воздействиями. В случаях нарушения психологического созревания эти защиты продолжают функционировать и в последующих возрастных периодах. Особенностью примитивных защит является их ригидность и грубость. Они, с одной стороны, способны в определенной степени смягчать тревогу, но происходит это ценой ограничения возможностей реагирования, отсутствия какой-либо гибкости в сложных жизненных ситуациях. Такие лица не способны по-настоящему понимать себя и других людей. Наиболее фундаментальной примитивной защитой является расщепление, присущее пограничным расстройствам. Внутренний мир лиц с ПЛО фрагментирован, что препятствует установлению интегрального чувства собственной идентичности и идентичности других людей. Эти лица воспринимают себя и других людей во взаимно исключающих экстремальных эмоциях.

Наличие примитивных защитных механизмов и диффузной идентичности отличают индивидуумов с ПЛО и лиц с невротической организацией. Концепция ПЛО как бы объединяет нарциссические, гистрионические, антисоциальные, параноидные, шизоидные и ПЛР, описываемые в DSM-IV как отдельные патологические единицы. Д. Вестен (D. Westen) [35] предлагает рассматривать ПЛО, используя модель объектных отношений. Автор пишет: «Теоретики объектных отношений полагают, что, если психоз по своей природе инфантилен, а невроз эдипален, тяжелая патология характера (такая как ПЛР и ПЛО) должна быть преэдипальной, происходящей из-за конфликтов или дефицитов, развивающихся после первого года жизни и до четырех-пяти лет» [35, с. 663].

Тем не менее «многие аспекты пограничных объектных отношений, такие как расщепление, минимальная когезивность и зрелость репрезентаций, не могут быть сведены к преэдипальному функционированию, поскольку они очень напоминают то, что является нормальным в латентном (стадия детского эротизма. – *Авт.*) и в раннем подростковом возрасте, а не в преэдипальные годы» [35, с. 667].

О. Кернберг [12] выделяет и анализирует хамелеоноподобное качество приспособления к реальности – стиль «как будто», присущий ПЛО и ПЛР. Пациенты, в связи с диффузной идентичностью, отсутствием интегрированного «Я», в качестве компенсации создают имидж «ложного Я». У них возникают также серьезные трудности с формированием интегрированного имиджа других людей. Последнее обстоятельство приводит к тому, что они строят свои отношения на основе качества последнего переживания или их исходной внутренней настроенности. О. Кернберг [12] обнаруживает возникновение этих особенностей в связи с расщеплением в младенческом возрасте, которое нарушает нормальное психологическое развитие и межличностные отношения.

Согласно теории М. Кляйн [13], в ранних стадиях развития первичный, осуществляющий заботу о ребенке человек воспринимается как два отличных друг от друга лица, каждый из которых переживается в преувеличенном неконкретном образе, как обладающий только хорошими или только депривирующими свойствами. Эти первичные репрезентации друг их

соответствуют тому, как пограничные лица воспринимают и описывают других людей. В этом варианте не развивается типичная для успешного психологического развития способность интегрировать различные экстремальности в комплексные нюансированные репрезентации, отражающие реалистичный образ человека, с его положительными и отрицательными чертами.

Внутренний мир индивидуума с ПЛО, и тем более ПЛР, оказывается разделенным в результате психологической защиты расщепления.

«Диадная» репрезентация сосуществует без какого-либо соответствия и конфликта между исключающими друг друга противоположными оценками. В этом проявляется диффузность идентичности, что, в свою очередь, приводит к случайности и непостоянству во всех сферах жизни: целях, ценностях, выборе друзей, сексуальных партнеров, мужей/жен и др. Диффузная идентичность неизбежно ведет к периодическому возникновению чувства экзистенциальной пустоты, бессмысленности всего происходящего, что может сопровождаться отчаянием, чувством невыносимой скуки, а также оживлением глубинно бессознательных состояний экзистенциального ужаса.

Список литературы

1. *Else, L., Wonderlich, S., Beatty, W.* et al. Personality Characteristics of Men Who Physically Abuse Women. Hospital and Community Psychiatry, 1993. – 44, 54–58 p.

2. *Balint, M.* The Basis Fault (First Published in 1969 by Tavistock) Evanston, ILL. Northwestern University Press, 1994. – 18–23 p.

3. *Favazza, A.* Why Patients Mutilate Themselves. Hospital and Community Psychiatry, 1989. – 40, 137–145 p.

4. *Favazza, A.* Bodies Under Siege. Baltimore, MD. John Hopkins University Press, 1996.

5. *Fava, M.* Depression and Anger Attacks. Symposium Presented at the Annual Meeting of APA. Philadelphia, 2002.

6. *Gunderson, J., Singer, M.* Defining Borderline Patients: an Overview. American Journal of Psychiatry, 1975 (132). – 1–9 p.

7. *Gunderson, J.* Building Structure for the Borderline Construct. Acta Psychiatrica Scandinavica 379 (Suppl), 1994. – 12–18 p.

8. *Gunderson, J.* Borderline Personality Disorder. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001.

9. *Gombrowicz, W.* Ferdydurke. Warszawa, PIW, 1956.

10. *Hedges, L.* Terrifying Transferences, Northvale. NY, Aronson, 2000.

11. *Hurt, S., Clarkin, J., Widiger, T.* et al. Evaluation of DSM – III Decision Rules for Case Detection Using Joint Conditional Probability Structures. Journal of Personality Disorders, 1990 (4). – 122–130 p.

12. *Kernberg, O.* Borderline Personality Organization. Journal of American Psychoanalytic Association, 1967 (15). – 641–685 p.

13. *Klein, M.* Envy and Gratitude. New York, Basic Books, 1957.

14. *Klonsky, E., O ltmanns, T., Turkheimer, E.* Deliberate S elf – Harmina Nonclinical Population Prevalence and Psychological Correlates. American Journal of Psychiatry, 2003 (160). – 1501–1508 p.

15. *Knight, R.* Borderline States in Psychoanalytic. Psychiatry and Psychology. Bulletin of Menninger Clinic, 1953 (17). – 1–12 p.

16. *Kreisman, J., Straus, H.* I Hate you – Don't Leave Me: Understanding the Borderline Personality. New York, Avon Books, 1991. – 31–32 p.

17. *Kreisman, J., Straus, H.* Sometimes J Act Crazy. Hoboken. J.Wiley, 2004.

18. *Kroll, J.* PTSD / Borderliner in Therapy New York, Norton, 1993.

19. *Kurtz, J., Morey, L.* Negativism in Evaluative Judgments of Words Among Depressed Outpatients With Borderline Personality Disorder. Journal of Personality Disorder, 1998, 12 (4), 351–361 p.

20. *Links, P., Mitton, J., Steiner, M.* Predicting Outcome for Borderline Personality Disorder. Comprehensive Psychiatry, 1990, 31, 490–498 p.

21. *Mahler, M.* et al. The Psychological Birth of the Human Infant. New York, Basic Books, 1975.

22. *Rogers, J., Widiger, T., Krupp, A.* Aspects of Depression Associated With Borderline Personality Disorder. American Journal of Psychiatry, 1995, 152 (2), 268–270 p.

23. *Sansone, R.* Diagnostic Approaches to Borderline Personality and Their Relationship to Self-Harm Behavior. International Journal of Psychiatry and Clinical Practice, 2001, 5; 273–277 p.

24. *Schmalny* et al. The Positive Teddy – Bear Sign: Transitional Objects in the Medical Setting. Journal of Nervouse and Mental Disease 182 912, 1994, p. 725.

25. *Shearer, S.* Phenomenology of Self-Injury Among Inpatient Women With Borderline Personality Disorder. Journal of Nerv. Ment. Dis., 1994, 182 (9), 524–526 p.

26. *Smith, S.* Diana in Search of Herself. New York, Random House, 1999, 245 p.

27. *Soloff, P., Lis, J., Kelly, T.* et al. Risk Factors for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. American Journal of Psychiatry, 1994, 151, 1316–1323 p.

28. *Stanley, B., Gameroff, M., Michalsen, V.* et al. Are Suicide Attempters Who Self – Mutilate a Unique Population? American Journal of Psychiatry, 2001, 158, 427–432 p.

29. *Stern, A.* Psychoanalytic Investigation in the Borderline Group of Neuroses Psychoanalytic Quaterly, 1937, 1, 467–489 p.

30. APA. DSM – IV-TR, Washington, DC, 2000.

31. *Stone, M.* The Borderline Syndromes: Constitution, Personality and Adaptation. New York. McGraw-Hill, 1980.

32. *Stone, M.* Borderline Anger: The Border of Treatability: Follow-Up Data Concerning Treatment. (In Japanese). Psychiatrica at Neurologica Japonica, 1990, 92, 824–830 p.

33. *Stone, M.* Long Term Ontcome in Patients with Borderline Personality Disorders. Economics of Neuro Science, 2001, 3, 48–56 p.

34. *Walsh, B., Rosen, P.* Self – Mutilation: Theory, Research and Treatment. New York, Guilford Press, 1988.

35. *Westen, D.* Towards a Revised Theory of Borderline Object Relations: Contributions of Empirical Research. International Journal of Psycho – Analysis, 1990, 71, 667–693 p.

36. *Zanarini, M., Frankenburg, F., DeLuca, C.* et al. The Pain of Being Borderline: Dysphoric States Specifi c to Borderline Personality Disorder. Harvard Review of Psychiatry, 1998, 6 (4), 201–207 p.

37. *Zanarini, M., Frankenburg, F.* Predictor of Improvement for Borderline Patients. Symposium Presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 2000.

Нарциссическое личностное расстройство

У Овидия в «Метаморфозах» в мифе о Нарциссе приводятся в завуалированной форме ряд актуальных уже для античного мира значений. Овидий сообщает о родителях Нарцисса, нимфе Лейриопе и изнасиловавшем ее речном боге Цефисе. Этим подчеркиваются травматические моменты в прошлом Нарцисса. Основные мотивы, которые представляется возможным проследить в дальнейшем изложении, сводятся к следующему:

1) мотив отверженной любви нимфы Эхо;

2) мотив мести богини, наказывающей эгоцентричного и беззаботного Нарцисса, возникновением страсти, которую нельзя реализовать;

3) мотив двойника, основанный на иллюзии: Нарцисс влюбляется в свое отражение;

4) мотив страстного желания;

5) мотив магического превращения (Эхо становится бестелесной и Нарцисс превращается в цветок);

6) мотив смерти;

7) мотив воскрешения: цветок воскресает вечно, когда зима сменяется весной.

Несмотря на античное происхождение и различное толкование в истории, только в XX веке термин «нарцисс» и производный от него – «нарциссизм» стали употребляться все более часто и ассоциироваться с проблемами психического здоровья, психоанализа и психиатрии. Нарциссическое личностное расстройство было включено впервые в качестве диагностической единицы в DSM-III в 1980 году, хотя и до этого нарциссизм привлекал внимание исследователей, начиная с З. Фрейда [8], который изучал его в 1914 году. Концепцию этого расстройства разрабатывал ряд авторов, прежде всего Х. Кохут (H. Kohut) [24, 26]; О. Кернберг [16, 18, 19]; М. Кляйн [22]; Р. Фэйрбэйрн (R. Fairbairn) [9]; М. Балинт [2, 3]; А. Балинт (A. Balint) [4]; И. Плакун (E. Plakun) [38].

В истории становления понятия «нарциссизм», к сожалению, обычно упускается из виду наблюдение И. Джонса (E. Jones) [14], который написал книгу, озаглавленную «Комплекс Бога». В ней анализировались пациенты, проявлявшие сверхграндиозность, отсутствие эмоционального сопереживания, высокомерие. Они переоценивали свои способности, обнаруживали фантазии всевластия. В состоянии декомпенсации обычно высказывали бредовые идеи о своей богоподобности.

З. Фрейд в 1914 году выделил два вида нарциссизма:

1) первичный нарциссизм в раннем периоде жизни, с поглощенностью собой;

2) вторичный, более поздний нарциссизм как идеал ego, включающий аспирации, стремление к известности и славе.

В 1930-е годы В. Райх (W. Reich) [39] использовал термин «фаллический нарциссизм» в контексте его концепции о «панцире характера» (character armor) как стратегии сопротивления. Фаллические нарциссисты используют, согласно В. Райху [39], агрессию в качестве самозащиты, демонстрируя самоуверенность, надменность, высокомерие.

О. Кернберг [15] в 1967 году рассматривал НЛР как производное пограничной личностной организации (ПЛО), подчеркивая присутствие примитивных защитных механизмов с сохранением высокого уровня функционирования ego.

Этот же автор [18] в 1984 году выявил в НЛР патологический процесс с выраженным психическим голодом или «оральной яростью». Корни патологии находятся в детстве и являются результатом родительского безразличия или издевательски недоброжелательного воспитания. О. Кернберг полагает, что в таких ситуациях талант ребенка и позитивные влияния других компонентов среды могут позволить ему частично избавиться от негативных родительских воздействий. В результате «особенность» и чувство грандиозности становятся отщеплен-

ным «Я», демонстрируемым окружающему миру. Реальное «Я» характеризуют чувства зависти, страха и депривации.

Х. Х. Кохут [24], в отличие от О. Кернберга [18], считает нарциссизм не патологическим процессом или болезненным отклонением, а задержкой в развитии. Зерна НЛР закладываются в тех случаях, когда лица, осуществляющие заботу, не оценивают правильно реакции ребенка, не способны понять его. Такая эмпатическая несостоятельность родителей приводит к тому, что у ребенка формируется их идеализированный образ. Идеализация не имеет границ и оторвана от реальности. Возможно возникновение «нарциссического расширения» (narcissistic extension) со стремлением, опираясь на социальное положение родителей, сохранить самооценку, заимствуя что-то из родительской жизни. Родители, которые чересчур «вкладываются» для создания у детей такого расширения, воспитывают у них чувство, что любовь – это плата за ролевое поведение.

Диагностические критерии нарциссического личностного расстройства, согласно DSM-IV (1994), включают модель всепроникающей грандиозности и отсутствие эмпатии. Расстройство может диагностироваться при установлении пяти или более признаков, среди которых выделяются: 1) грандиозное чувство самозначимости; 2) захваченность фантазиями неограниченного успеха, власти; 3) вера в собственную уникальность, которую могут оценить только особо одаренные люди; 4) потребность в восхищении; 5) чувство привилегированности; 6) эксплуатативность в межличностных отношениях; 7) отсутствие эмпатии; 8) зависть к достижениям других; 9) вызывающее, наглое поведение.

Психоаналитики называют нарциссическими тех лиц, личности которых организованы вокруг сохранения их завышенной положительной самооценки за счет получения постоянного подкрепления извне. Известно, что самооценка каждого человека зависит от одобрения или неодобрения авторитетными значимыми людьми. Те м не менее, у некоторых людей зависимость от внешних «подкреплений» выражена до такой степени, что другие факторы при этом не учитываются и сверхзанятость свои имиджем в глазах других выходит за пределы обычных реакций на похвалу и критику.

Автор известного психоаналитического словаря К. Райкрофт (C. Rycroft) [41] определяет нарциссизм как вариант солипсизма – «тенденции пользоваться собой в качестве точки отсчета, в округ которой организуется опыт. В этом смысле открытие, что кто-то не является единственной головой на плече и что мир не создан исключительно для чьего-то собственного блага, включает потерю нарциссизма».

К. Лэш (C. Lash) [30] понимает под нарциссизмом, в частности, чрезвычайный индивидуализм, пренебрежение к другим людям, сверхзанятость собственными интересами, отсутствие интереса к социальной сплоченности.

З. Фрейд [8] считал, что «первичный нарциссизм» является нормальной стадией развития, в которой младенец блаженно фиксирован исключительно на самом себе. Первичный нарциссизм, согласно З. Фрейду, – предтеча объектных отношений. Способность «инвестировать» либидо в других людей появляется в процессе дальнейшего развития ребенка.

З. Фрейд объяснял механизм ряда психических расстройств вторичным нарциссизмом, при котором либидо регрессивно «отходит» от внешнего мира и повторно интроецируется в себя (посредством введения в собственное психическое пространство), в собственное «Я». Такую динамику З. Фрейд считал характерной для паранойи, шизофрении, а также в определенной степени для ипохондрических состояний.

Вторичный нарциссизм выражается в патологическом эгоцентризме, отсутствии способности устанавливать продуктивные обоюдные контакты, признавать за другими людьми право на самостоятельные (противоречащие интенциям нарциссического субъекта) устремления и право на осуществление собственных целей. Окружающие люди представляют для таких лич-

ностей интерес только как объекты для манипуляции, «инструменты» для достижения собственных нарциссических планов.

В психоаналитической литературе дискутируется вопрос о том, существует ли в действительности выделенный З. Фрейдом первичный нарциссизм, рассматривавшийся им позже как недифференцированное экзистенциальное состояние ребенка еще до появления рудиментарного ego. Это состояние относится фактически к внутриутробному периоду, когда расщепления между субъективным и внешним миром не существует.

Дж. Лапланш и Дж. Понталис (J. Laplanche, J.-B. Pontalis) [29] приводят два возражения, которые могут возникать в связи с подобным представлением о первичном нарциссизме:

1. Терминологически при таком подходе теряется само отношение к имиджу «Я» или к зеркального типа отношению, заложенным в этимологии слова «нарциссизм». Если речь идет о недифференцированном, лишенном объектов состоянии, то трудно описывать его в рамках термина «первичный нарциссизм».

2. Эмпирически существование такого состояния очень проблематично.

Некоторые авторы считают, что объектные отношения в форме первичной любви к объекту очевидны уже в акте сосания. Они отвергают мифические представления о первичном нарциссизме, понимаемом как первичное, «лишенное объектов состояние внематочного существования». Мелани Кляйн [21] в 1945 году утверждала, что нет оснований говорить о нарциссической стадии развития, поскольку объектные отношения возникают с самого начала существования. Термин «нарциссическое состояние» правомочно применять только в случае переключения либидо на интернализированные объекты. М. Кляйн обнаруживала, что дети в раннем возрасте уже имеют ego, активно вовлеченное в такие психические процессы, как идеализация, обесценивание, расщепление. М. Балинт [3], Р. Фэйрбэйрн [9] утверждали, что люди связаны с объектами (object related) с самого начала своей жизни. Младенцы активно взаимодействуют с матерью с момента рождения, они могут, например, отличать запах молока своей матери от другого с первых часов жизни [44].

Н. Сямингтон (N. Symmington) [47] на основании такого рода данных приходит к заключению, что «единственный существующий нарциссизм – вторичный».

О. Кернберг [16] считает, что существует первичный детский нарциссизм. Уже при рождении ребенок чувствует, что он нарциссичен. Х. Кохут [24] рассматривает это явление как нормальное, не носящее нарциссического характера.

Некоторые исследователи, изучавшие проблему нарциссизма, высказывают мнение, что это нарушение затрагивает исключительно ego. С нашей точки зрения, это не совсем правильно. Термин «ego» активно используется в психоанализе. З. Фрейд писал свои работы о нарциссизме в основном до того, как он произвел условное деление психической деятельности на сферы ego, id и superego. На самом деле, нарциссизм затрагивает всю личность и касается не только ego, но и superego и какой-то части бессознательного. Поэтому более правильно говорит о фиксации энергии не на ego, а на «Я», включающем не только ego, но и часть бессознательного.

К. Абрахам (K. Abraham) [1], Х. Розенфельд (H. Rosenfeld) [40], О. Кернберг [16] и др. акцентуируют основное внимание на деструктивности нарциссизма. Нарциссический человек всегда болезненно завистлив, не переносит успеха других людей, ненавидит их, старается причинить им вред вплоть до разрушения. Он признает существование лишь собственного «Я», считая отношения взаимности, любви и дружбы непозволительными.

Этот вид «толстокожего» нарциссизма Х. Розенфельд [40] противопоставляет более легкому – «тонкокожему», связанному с «переключением» либидо с внешних объектов на себя. Последний вариант нарциссизма А. Бриттон (A. Britton) предложил в 1998 году называть «либидинальным».

А. Бриттон, развивая идеи Х. Розенфельда [40], считает, что «умеренная доза» (modicum) «гносеологического нарциссизма» («epistemic narcissism»), выражающегося в убежденности в правоте своих идей, характеризует человека с ассертивными творческими подходами. В то же время А. Бриттон признает, что гносеологический нарциссизм является по своей природе формой психологической защиты. Это связано с тем, что окружающие воспринимаются в качестве угрожающих объектов, с которыми приходится сосуществовать, завидуя и ненавидя их. Единственным способом сохранения себя в позиции нарциссического всемогущества является немедленное воображаемое устранение объектов, что достигается пренебрежением, подавлением эмпатии, манипулированием с целью отрицания значимости угрожающих объектов.

Патологические стороны нарциссической структуры подчеркиваются О. Кернбергом [16]: «грандиозное «Я», соединяющее слияние реального «Я» и идеального объекта и результирующее в идеализированной самодостаточности, делает для субъекта невозможным установление интимных отношений, включая анализ». О. Кернберг считает, что человек с нарциссизмом мог бы выразить свои чувства следующим образом: «Мне не нужно бояться возможного отвержения за то, что я не живу в соответствии с собственным идеалом, который обеспечит мне любовь идеального человека, способного в моем воображении любить меня. Этот идеальный персонаж, мой идеальный имидж этого человека и мое идеальное «Я» едины и они лучше, чем тот идеальный человек, любви которого я желаю. Таким образом, я уже ни в ком не нуждаюсь» (цит. по Дж. Холмс (J. Holmes), [13, p. 190]). По мнению Дж. Холмс [13], нарциссический субъект «соединяет в себе три уровня чувств: внешнее отрицание зависимости и следующее из этого самовосхищение, под которыми находится всепоглощающая оральная зависть и фрустрированная жажда любящей заботы».

Х. Кохут [24] рассматривает нарциссизм (любовь к себе) и любовь к объекту в виде двух различных линий развития, сохраняющихся отдельно в течение всей жизни. Автор исходит из положения о неправильности континуальной модели, в рамках которой между этими двумя видами любви имеет место плавный переход. В отличие от О. Кернберга [16], Х. Кохут [24] подчеркивает здоровый характер нарциссизма, причисляя к последнему амбиции, вдохновение, идеалы, положительное отношение к себе. С точки зрения Х. Кохута, в процессе развития ребенка не происходит перехода от нарциссизма к объектной любви, последняя «не заменяет» нарциссизм. Изменение нарциссических настроений в сторону их ослабления связано с приобретением опыта, различными разочарованиями, постепенным исчезновением многих иллюзий. В результате в здоровом варианте, достигнув зрелости, человек ставит перед собой реальные ego-цели на основе положительного отношения к себе.

Х. Кохут считал формирование здорового нарциссизма необходимым компонентом здорового развития ребенка. Здоровый нарциссизм, согласно автору, не является признаком незрелости или тем более психического заболевания, наоборот, он создает предпосылки для адекватных «Я»-объектных отношений в процессе дальнейшего развития.

Х. Кохут [24] использовал термин «Я-объект» («Self-object») для описания особых интимных отношений между родителем и ребенком. Их смысл состоит в том, что в них другой, с одной стороны, не является полностью частью «Я», и в то же время – не полностью отделен от собственного «Я». Родители ребенка в его раннем возрасте являются «Я»-объектами, т. к. они воспринимаются ребенком как продолжение его «Я», которое он в состоянии в определенной степени контролировать. Х. Кохут [24] рассматривает такую «Я»-объектность как важное противопоставление чрезмерной фиксации на сепаратности и автономии, свойственных современному обществу.

Автор подчеркивает, что для нормального созревания необходимо соблюдение баланса между позволяемостью (балованием) и ограничением инфантильной грандиозности. «Всевластие» ребенка должно ограничиваться реальностью и осознанием границ своих возможностей.

Для воспитания психологически здоровой личности необходимо то, что Х. Кохут и П. Зейтц (P. Seitz) [23] называют «оптимальной фрустрацией»: «Если ребенок избалован (не оптимально фрустрирован), он сохраняет необычное количество нарциссизма или всевластия; в то же время, вследствие отсутствия действительных навыков, чувствует себя приниженным. Подобно этому чрезмерно фрустрирующие переживания ведут к сохранению всевластных фантазий». Эффективность решения задачи обеспечивается участием обоих родителей. Например, отец фрустрирует у ребенка чувство исключительного обладания матерью и, в то же время, помогает ребенку превратить его грандиозность в состояние биполярного «Я». Два полюса биполярного «Я» представляют собой:

1) идеалы, к которым стремимся и

2) чувство реальных возможностей для их достижения, которое противопоставляется чувству всевластного контроля.

Психодинамика нарциссизма связана с чувством защищенности, которое создает у ребенка «основу безопасности», особенно важную в неблагополучных или опасных ситуациях. Лица, заботящиеся о ребенке, и прежде всего мать, обеспечивают формирование такой основы уже в раннем периоде жизни.

Дж. Холмс [13] полагает, что уже в течение первого года жизни дети подразделяются на тех, у кого основа безопасности сформировалась, что характеризуется наличием стабильной уверенной привязанности, и детей с моделью «ненадежной привязанности». Последний вариант представляет защитную реакцию на «субоптимальное» выполнение родительской функции. Ненадежная привязанность приводит к избеганию, «прилипанию», амбивалентным и дезорганизованным типам поведения.

На значение надежной привязанности указывает Д. Винникотт (D. Winnicott) [51]. В этих случаях поведение матери в ее отношении к ребенку ответственно и настроено с ним на одну волну. Лицо матери является для ребенка зеркалом, в котором он видит свое отражение и таким образом начинает «находить и познавать себя». Развитие нормального здорового нарциссизма зависит от того, каким является это материнское зеркало, способна ли мать адекватно отражать чувства ребенка. В положительном варианте происходит формирование здорового «Я». Если зеркало ничего не отражает, не реагирует на эмоции ребенка, реагирует в несовпадающем ритме, отражает свои отрицательные эмоции, у ребенка закладываются избегающие дезорганизованные или амбивалентные модели поведения, которые в дальнейшем обнаруживаются в нарциссических проявлениях.

Дж. Холмс [13] объясняет такую последовательность на примере мифа о Нарциссе, считая, что Нарцисс и Эхо воплощают подходы избегания и амбивалентности. Лейриопа – мать Нарцисса, очевидно, испытывала по отношению к сыну амбивалентные чувства, т. к. была изнасилована его отцом. В свою очередь, Нарцисс в поисках определенной безопасности подавлял чувства любви и старался быть эмоционально независимым и самодостаточным. В своих представлениях он мог идти дальше, отрицая обстоятельства собственного зачатия и видя себя в фантазиях «самозародившимся». Он очень нравился себе, что укрепляло его чувство безопасности. Испытывая и подавляя негативные чувства по отношению к матери, не доверяя ей, он также пренебрегал и остальными людьми, избегая их.

Нимфа Эхо, согласно мнению Дж. Холмса [13], наоборот, демонстрирует амбивалентную привязанность. Ее «Я» существует исключительно как ответ на стимулы извне. Нарциссизм Эхо в метафорическом смысле антинарциссичен. Эхо может лишь надеяться на то, что, «прилипая» к кому-то, она периодически обретает себя.

«Я» Нарцисса основывается на стабильном ощущении самодостаточности. Его постоянное избегание приводит к развитию грандиозного «Я». Эхо находится в перманентной зависимости и демонстрирует негативный нарциссизм.

Дж. Холмс подчеркивает, что следование стратегиям избегания и амбивалентности включает необходимость «абсорбции в свое «Я» каких-то функций необходимого другого», или же проекции части собственных черт на объект примыкания, атрибутирования другому своих собственных качеств. Если этого не происходит и у человека отсутствует когерентная репрезентация другого, наступает дезорганизация. Психологическое выживание обусловлено способностью формировать отношения близкой привязанности для достижения внешнего поддерживающего источника в окружающей реальности и «внутренней безопасной базы» внутри «Я» [13].

Установление этой базы создает необходимые условия для отношения к другому как к отдельному, независимому существу и установления с ним нормальных «Я»-объектных отношений.

Автор полагает, что сверхбдительные к чувству опасности («эхоические») нарциссические субъекты фиксированы на своем «Я» и/ или теле как на безопасной базе. Они «прилипают» к последней все сильнее и, чем в большей степени это прилипание выражено, тем менее выражено чувство безопасности.

Забывчивые нарциссы под влиянием бессознательного чувства неполноценности и зависти не имеют возможности устанавливать обоюдные отношения. Они выстраивают отношения с другими людьми на основе принуждения и силы. Для них характерна озабоченность тем, как они выглядят в глазах других.

Наедине с собой нарциссические лица испытывают отрицательные чувства по поводу своей фальшивости и того, что их никто не любит. Наличие способности подавления этих чувств и репрессирования их в бессознательное необходимо и важно для сохранения когерентности и предупреждения развития нарциссической депрессии.

Нарциссические лица могут достигать успеха в различных областях: искусство, экономика, политика, социальная сфера и др. Ими могут восхищаться и, в то же время, легко разочаровываться при более близком контакте. Находящиеся вне их близкого круга лица редко отдают себе отчет в той цене, которую нарциссические субъекты заплатили за свой успех и насколько пострадали от реализации их нарциссических желаний те, кто тесно с ними связан.

Нарциссический субъект переживает свою грандиозность, как правило, внутри себя. В то же время, она может быть спроецирована. Нарциссическая проекция грандиозности имеет особенность, которую можно обозначить как «ранжирование». Нарцисс применяет ранжирование во многих жизненных ситуациях: «какая школа наиболее престижна?», «знакомство с какими людьми производит наибольшее впечатление на окружающих?», «какой специалист (в любой области) «лучше» всех?», «какая профессия наиболее элитарна?».

Лица с нарциссической ориентацией ставят во главу угла престижность, не стараясь разобраться реалистично в других сторонах вопроса, от чего, прежде всего, страдают их дети. Детей используют в качестве продолжения своего нарциссического «Я».

Иногда нарциссические лица прибегают для укрепления своей самооценки к «объединению» себя с каким-то значимым персонажем, чаще недосягаемым «героем», который, как правило, идеализируется. Объединяясь с ним, нарциссичесий субъект идеализирует себя, приписывая себе достижения и достоинства избранного «героя». В тех случаях, когда такой персонаж находится рядом (муж, жена, любовник, любовница и др.), идеализация, как правило, кратковременна. Несоответствие нарциссическому сценарию приводит к девальвации кумира, его «свержению с пьедестала».

Психоаналитики применяют для характеристики процесса, развивающегося по отношению к лицам, которые используются нарциссами для повышения своей самооценки, термин «нарциссическое расширение». Термин ассоциируется с эксплуатацией, поскольку «носители» нарциссического расширения не воспринимаются нарциссами как сепаратные самостоятельно действующие лица.

Образы, символизирующие нарциссическое расширение, часто встречаются в фантазиях и сновидениях. При этом мужчина, например, представляет свою любовницу в виде отсутствующей у него груди, а женщина представляет мужчину в виде принадлежащего ей полового члена. Таким образом, проявляется нарциссическое стремление расширить свое «Я» за пределы границ пола [6, 20].

Перемещение либидо на собственное «Я», развитие вторичного нарциссизма, согласно теории Х. Кохута [26], связано с неправильным воспитанием, родительским пренебрежением, насилием над ребенком. Эти отрицательные средовые факторы наносят ребенку «нарциссические раны», что приводит к нарушению нормального созревания и формирования адекватной любви к себе. Дж. Холмс [13] считает, что в таких случаях отсутствие внешней положительной оценки приводит к возникновению себялюбия («Я»-love), что является, по крайней мере, источником надежды и мотивации.

Исследования Дж. Холмс показывают значение некоторых факторов в развитии вторичного нарциссизма, нарциссического и пограничного личностных расстройств. К таким факторам автор относит феномен «нежеланного ребенка», который был рожден матерью в условиях внутреннего протеста или тяжелых раздумий. Сюда же относятся трудные роды с угрозой для жизни матери; чувство ответственности за послеродовую депрессию матери; мысли об ответственности за уход из семьи отца.

Дж. Холмс считает, что эти факторы влияют на ребенка с момента его рождения, приводя к поломке процесса нормального созревания.

Психиатрическое понимание нарциссизма объединяет приведенные психоаналитические идеи и находит выражение в характеристике нарциссического личностного расстройства.

Дж. Холмс утилитарно разделяет нарциссизм на три формы:

1) «необходимый нарциссизм»;

2) каждодневный, «клинический нарциссизм»;

3) «окопный нарциссизм».

Необходимый нарциссизм проявляется в родительской любви, восторге и гордости своими детьми, которые рассматриваются как продолжение себя. Эта форма нарциссизма создает условия для развития у детей положительной самооценки. Важно, чтобы родители умели сдерживать его проявления, не создавая пропасть между своими представлениями, ожиданиями и реальностью. Опасность возникает в случае установления и закрепления симбиотических отношений с детьми, за которыми не признается права на самостоятельное развитие. Родители должны преодолеть свои нарциссические подходы и, по сути, пожертвовать ими для блага ребенка.

Лица с нарциссическим расстройством в отношении к своим детям выходят за пределы необходимого нарциссизма. Это выражается, в частности, в том, что они постоянно говорят о необычных способностях, талантах и достижениях своих детей, что часто вызывает отрицательные реакции у слушателей, которые или начинают раздражаться и завидовать, или испытывают чувство скук и или усталости.

Для клинического нарциссизма характерно стремление в момент общения «стягивать» все внимание на себя, поражать аудиторию своими успехами, прямо или косвенно принижая значимость других. Язык лиц с нарциссизмом отличается использованием большого количества личных местоимений («я», «мое», «меня», «обо мне»).

В связи с этим разговор с лицами с нарциссическим расстройством неинтересен и непродуктивен. Взаимная заинтересованность отсутствует, чувства симпатии к нарциссическому собеседнику не возникает, «включения» бессознательной коммуникации не происходит.

Разрыв с реальностью наиболее выражен в варианте окопного нарциссизма, характеризующегося социальной изолированностью (как защитой от возможного разоблачения) и фиксацией на собственной грандиозности в рамках фантазий различного содержания.

Одним из важных структурных клинических проявлений нарциссизма является отрицание чувств. Этот признак А. Лоуэн (A. Lowen) [31] считает основной характеристикой нарциссических личностей. Нарциссы бесчувственны к своим собственным чувствам, что объясняет их безжалостность, эксплуативность по отношению к другим людям. В контактах отсутствует эмоциональный резонанс. Если нарцисс не способен чувствовать, например, эмоцию грусти или радости, он не в состоянии почувствовать такие же эмоции у других людей. Отрицание собственных чувств неизбежно приводит к отрицанию чувств других людей.

Психология современного общества, с ее ставкой на победу, достижение цели любым путем, жертвует эмоциями, если последние являются этому помехой. Имидж успеха любой ценой создает статус наибольшего благоприятствования для развития нарциссизма как социального явления.

Нарциссизм расщепляет личность на приемлемые с точки зрения ее/его носителя аспекты и неприемлемые. Неприемлемые аспекты проецируются на других и часто вызывают к последним агрессию. Атакуются по существу при этом части своего «Я», о которых на сознательном уровне не хочется думать, которые не хочется распознавать. Человек, оказавшийся носителем таких проекций, рассматривается в качестве «врага», и этот имидж заслоняет реального человека с его чувствами, переживаниями, психической и физической болью. Стремление разрушить такой имидж не сопровождается каким-либо сочувствием и сопереживанием.

Длительный словесный контакт с лицами с выраженным нарциссизмом приводит к развитию психического истощения, с чем, очевидно, связаны метафоры о «психических вампирах, высасывающих психическую энергию». Наученные не вызывающим приятных эмоций опытом общения люди стараются избегать контактов с такими лицами.

К. Абрахам [1] выделял понятие «негативного нарциссизма». Для последнего характерна смена полюсов эмоционального отношения к себе: сверхзанятость собой, своим «Я» остается, но себялюбие заменяется на ненависть к себе (Self-hatred). Психодинамический механизм негативного нарциссизма заключается в том, что «идеальное «Я» таких людей настолько удалено от «реального «Я»», что всякие попытки стремления к нему заранее оцениваются как обреченные на поражение. Лица с негативным нарциссизмом не в состоянии удовлетвориться чем-то меньшим, чем совершенство. Наблюдающаяся у негативных нарциссов тяга к перфекционистическому идеалу, заблокированная в позитивном контексте, сохраняется в контексте негативном. Возникает своего рода перверзное удовлетворение от демонстрации своей «негативности». Причины негативного нарциссизма могут быть связаны с чрезвычайно жестким superego, интернализированным в процессе родительского воспитания [13].

В структуре нарциссизма, наряду с его сознательной частью, присутствуют бессознательные, в частности, сексуальные переживания. Дж. Холмс [13] считает, что «бессознательные мастурбаторные фантазии нарциссических пациентов (противостоящие сознательным фантазиям) являются важными факторами их патологии». У мужчин содержания бессознательных переживаний представлены мыслями, связанными с собственным или чужим половым членом. У женщин может иметь место идеализация всего тела. В случаях обнаружения несовершенства возникают реакции отчаяния. У некоторых нарциссических женщин преобладают бессознательные фантазии на тему о связи с обладающими властью, очень богатыми мужчинами, что может стимулировать их сознательную активность, направленную на поиск идеала такого мужчины.

Сознательные фантазии на темы грандиозности, как правило, тщательно скрываются из-за страха показаться смешным. Лица с нарциссизмом мечтают о гениальности и в то же время в связи с внутренней неуверенностью, по мнению П. Моллон (P. Mollon) [36], испытывают чувство стыда, которое автор называет «нарциссическим аффектом».

Быть признанным «гением» – кредо нарциссизма, метафорически выражающееся в чувстве «избранности богами» и возможности достижения вершины успеха.

Дж. Габбард (G. Gabbard) [11] разделяет лиц с нарциссизмом на две категории: «забывчивых» и «сверхбдительных». «Забывчивые» не проявляют эмпатии к чувствам других людей, ведут себя по отношению к ним грубо и безжалостно. Их манера поведения эксгибиционистична; выражена грандиозность. Сверхбдительный, сверхнастороженный вариант характеризуется интровертированностью, стеснительностью, сверхчувствительностью к критике и отказу.

Вышеперечисленные особенности представлены в DSM-IV в признаках нарциссического личностного расстройства. А. Бэйтмэн (A. Bateman) [5] приходит к заключению, что эти два варианта нарциссических личностей не исключают друг друга, т. к., с одной стороны, у забывчивого типа за фасадом бесшабашности скрывается отчаяние и внутренняя пустота, а с другой – анализ показывает, что гипербдительный человек является менее хрупким, чем это кажется на первый взгляд.

Нарциссические лица максималистичны. О. Кернберг [16] обнаруживает у них наличие полярности (оппозиционных ego-состояний): грандиозности (все хорошо) и чувства истощенности, угасания (все плохо). Нарциссические субъекты способны организовывать свои внутренние переживания в рамках таких полярностей без каких-либо переходов.

А. Голдберг (A. Goldberg) [12] утверждает, что нарциссы на каком-то уровне осознают свою психологическую хрупкость. Клинически это выражается не только в страхе «потери лица», потери самооценки, но и в страхе психологического расщепления. На глубинном уровне такой страх формируется как страх почувствовать себя никем, потерять свою идентичность. Страх распада внутреннего «Я» часто трансформируется в фиксацию внимания на физическом состоянии, соматических проблемах, в результате чего появляются ипохондрические идеи о наличии неизлечимых заболеваний.

Нарциссические субъекты избегают всего, что приближает их к осознанию существующей в реальности зависимости от других людей.

Н. Маквильямс и С. Лепендорф (N. McWilliams, S. Lependorf) [33] подчеркивают, что нарциссические личности не проявляют чувства благодарности, им несвойственно раскаяние, они не признают своих ошибок и просчетов, им очень трудно выразить свою нуждаемость в чем-то. Проявление зависимости или признание вины воспринимаются как что-то постыдное. Н. Маквильямс [34] считает, что чувство стыда и страх быть пристыженным «пронизывают» нарциссическую личность. Автор обращает внимание на ошибочность приписывания нарциссическим лицам чувства вины, характерную для ранних психоаналитических работ по нарциссизму. Вина подразумевает убежденность в своем проступке или грехе и «легко концептуализируется в терминах внутреннего критикующего родителя или superego». Стыд – чувство быть воспринятым окружающими в качестве плохого или неправого. Аудитория здесь присутствует вне «Я». Вина содержит в себе чувство потенциала совершения зла, в то время как стыд ассоциируется с беспомощностью, безобразием и бессилием.

А. Лоуэн [31] считает, что для нарциссических лиц характерны «действия без чувств». Этот признак автор называет базисным нарушением. Таким пациентам свойственны высказывания типа: «Ну что вы от меня хотите? Да, у меня нет эмоций! А что вы имеете в виду, говоря о чувствах? Я программирую свое поведение. У меня все логически правильно, а что такое чувства я не знаю».

По мнению автора, лица с нарциссическим расстройством не испытывают чувств ревности, горя, потери, если значимый для них человек покидает их. Отличие этого состояния от синдрома потери чувств и бедности эмоционального участия заключается в том, что в последнем случае пациенты переживают потерю чувств, а у нарциссическиех личностей такие переживания отсутствуют. У них есть реакция мощной психологической защиты, препятствующей осознанию возникающих эмоций. Поэтому, если появляется какое-либо чувство, они в основном бессознательно подавляют его, чтобы «…эта дамба преграды не была продырявлена» [31].

Неэмоциональность этих людей приводит к особой форме их отношений с реальностью. Анализ показывает наличие диссоциации между ego и бессознательным с выраженным отрицанием чувств (Т. Рабин (T. Rubin) [42]).

Т. Рабин [42] отмечает, что нарциссическая личность живет в своем собственном мире и считает этот мир центром мироздания. Эту личность беспокоит одна «глобальная» проблема, которая касается продуцирования собственного имиджа. Часть активности любого человека направлена на создание своего образа, который может быть очень разным и зависит от многих факторов. Деятельность же по формированию собственного образа у лиц с нарциссическими особенностями требует значительно большей энергии. В продуцирование образа, который, к сожалению, отличается значительной ригидностью, вкладываются огромные усилия. Нарциссические лица вживаются в него и проводят в таком «обличье» большую часть жизни.

По мнению О. Кернберга [16], эти лица не могут отличить созданный ими образ от своего истинного «Я». Настоящий, реальный, истинный образ себя оказывается навсегда потерянным. В результате они могут рассматривать даже свое тело как продукт сознания, подчиняющийся их воле. Придумываются различные истории, персонажем которых является собственная «телесность».

Нарциссическое поведение в длительной перспективе чревато серьезными последствиями, связанными, например, с игнорированием признаков соматических болезней.

Нарциссические личности считают, что их представление о себе соответствует реальности, хотя, в действительности, оно носит отвлеченный и даже несколько «виртуальный» характер. Они полагают, что их тело действует согласно их представлениям, в котором нет места чувствам.

Нарциссические личности отличаются слабо представленным superego, не страдают от его ригидности и жесткости. Им мало свойственны страдания, угрызения совести и самоограничения. Они не считают нужным ограничивать свои желания в контактах с другими. Самым главным для них является избранный ими стиль жизни.

В противоположность носителям гистрионического расстройства, не предрасположенным к возникновению депрессивных и тревожных состояний, у лиц с нарциссическими особенностями после неудач и поражений, представляющих угрозу созданному имиджу грандиозности, развиваются депрессии.

Нарциссические депрессии по своей клинической картине напоминают экзистенциальные, но, в отличие от последних, кратковременны. Они длятся обычно несколько дней. На выходе из депрессий может наблюдаться даже слегка приподнятое настроение (ютимия), что, очевидно, происходит по механизму «маниакальной защиты» [22]. Во время депрессии присутствуют сниженное настроение с оттенком мрачности; мысли о бессмысленности жизни, роковом недоразумении, в результате которого «пришлось родиться в неподходящем месте и в неподходящее время». Пациенты/пациентки стараются отгородиться от окружающего мира, запираются у себя дома, выключают телефон; иногда прибегают к употреблению алкоголя и/или транквилизаторов.

Эссенциальной чертой нарциссического личностного расстройства является имидж грандиозности. Грандиозность проявляется в разных сферах. Окружающие и знающие их люди могут признавать грандиозность как нечто реальное, т. к. нарциссические лица не просто придумывают образ, но делают все возможное для того, чтобы ему соответствовать. Их отличает активность, направленная на создание и поддержание этого образа не на словах, а на деле.

Они не проявляют достаточного внимания к людям, т. к. окружающие не представляют для них особого интереса. Им безразличны их чувства, образ мышления, переживания, страдания и пр. Другие воспринимаются посредством соотнесения их только с собственным имиджем. Если другой человек относится к носителю расстройства хорошо, поддерживает его имидж грандиозности, он представляет интерес для нарциссической личности. В противном

случае, он вычеркивается из списка лиц, достойных внимания, и о его существовании просто забывают. По мнению нарциссической личности, с ним не о чем говорить и незачем поддерживать отношения.

Критическое отношение партнера по коммуникации может разрушить созданный с таким трудом имидж «нарцисса», критикующий становится опасным. В отношении к нему используется стратегия нейтрализации, включающая разрыв отношений, попытки дискредитировать оппонента в глазах окружающих, но, прежде всего, в своих собственных глазах и вытеснение его как значимой фигуры из своего сознания.

Стратегия, направленная на сохранение грандиозного имиджа, определяет стиль жизни нарциссической личности, который можно заранее прогнозировать в связи со стереотипностью поведения.

Таким образом, ригидность и дезадаптивность личностных черт таких лиц проявляется в отсутствии чувств по отношению к партнерам по межличностным контактам и вкладывание значительных сил в создание имиджа грандиозности.

Одним из известных в психиатрии синдромов является депрессия бедности участия. Признаком этого синдрома является чувство отсутствия чувств, которое тяжело переносится пациентами, вызывая их страдания. Бедность участия без депрессии характерна для лиц с нарциссическими расстройствами.

Следует отметить, что А. Лоуэн (A. Lowen) [31], фиксирующий внимание на отрицании у нарциссической личности чувств, допускает неточность, которая заключается в том, что это отрицание не касается чувств, вложенных в создание имиджа. Носитель этого расстройства принимает для себя решение не только создать имидж и жить в его ареоле, как в роли, но и соответствовать этому образу. В случае возникающего в результате этих действий несоответствия у нарциссической личности возникает сильное эмоциональное переживание, что не сделано, упущено что-то очень важное.

В выражении лица, глаз, в мимике человека с нарциссическим расстройством улавливается ригидность. Улыбка носит стереотипный неменяющийся характер, что особенно четко проявляется при фотографировании лица.

Отчетливой особенностью фотографий нарциссов является наличие в них определенного отпечатка, напоминающего рудимент кататонии. Выражение глаз нарциссических личностей описать трудно, но лица, вступающие с ними в контакт, обращают внимание на невозможность двустороннего зрительного контакта.

Бессознательная коммуникация с нарциссическими личностями затруднена. Это связано, прежде всего, с отсутствием у них эмпатии (отсутствие эмпатии выделяется в DSM-IV в качестве одного из диагностических признаков нарциссического расстройства), а также с выраженным ego и id сопротивлением. Последнее находит выражение в компульсивной повторяемости моделей речевой продукции во время контакта со специалистом.

Согласно нашим наблюдениям, признак «отсутствия эмпатии» при нарциссическом личностном расстройстве недостаточно точен. Скорее, имеет место отчетливая избирательность эмпатии: ее отсутствие к переживаниям других людей и обостренность, если эти переживания затрагивают имидж грандиозности самого нарциссического пациента. Эмпатия соотносится с гиперсенситивностью и настороженностью по отношению ко всему, что может разрушить созданный имидж грандиозности. Нарциссическую личность можно сравнить со сверхчувствительным прибором, настроенным на улавливание нюансов критического отношения к себе.

В некоторых случаях лица с нарциссическими особенностями могут проявлять патологическую эмпатию. Если в отношениях с людьми они заранее ждут от них какого-то подвоха или оказываются в ситуации, которую считают для себя опасной, они могут придавать особое значение взглядам, высказываниям, интонациям, гиперболизируя их значение, или даже относя их на свой счет, хотя происходящее может не иметь к ним непосредственного отно-

шения. Такое реагирование носит кратковременный характер, ограничено конкретной ситуацией, не имеет тенденции к расширению и поэтому не может быть отнесено к характеристике параноидного расстройства. Если вызывающий настороженность партнер по общению вдруг начинает положительно отзываться о нарциссической личности, гиперсенситивность по отношению к нему исчезает.

Анализ нарциссизма позволил А. Лоуэну выделить несколько его типов.

1. «Нормальный» нарциссизм, относящийся только к мужчинам, имеющим фаллический нарциссический характер.

2. Нарциссический характер.

3. Нарциссизм с явлениями, присущими пограничному, антисоциальному и параноидному расстройствам.

Чем более нарциссичен человек, тем менее он/она идентифицируется со своими чувствами и в большей степени со своим грандиозным имиджем, противоположным «Я». В случае прямой атаки на имидж грандиозности у нарциссической личности проявляются подавленные, находящиеся в бессознательном и отрицаемые чувства, которые «вырываются» в брутальной форме.

Наиболее типичной эмоцией является эмоция нарциссической ярости, которая возникает в ответ на столкновение с реальностью, угрожающей разрушению нарциссического имиджа грандиозности. Нарциссическая ярость может проявляться в приступах агрессии, направленной на себя, других, попадающиеся под руку предметы. Обычно объекты агрессии носят заменительный характер и отражают психологическую защиту смещения: поведение находится в границах, обеспечивающих безопасность нарциссического пациента, агрессия не проявляется в отношении лиц, вызывающих эту реакцию, если это опасно в физическом или социальном плане.

Попытка блокировать, не проявить нарциссическую ярость приводит к изменению дыхания, артериального давления, сосудистым реакциям. Возможно возникновение архетипного, катастрофического чувства стыда с ощущением того, что случилось нечто непоправимое, связанное с «потерей собственного лица» и крайней степенью унижения. Это тяжелое, но сравнительно кратковременное чувство. Реакция ярости на критику служит важным диагностическим признаком нарциссического расстройства.

Следующим признаком является стремление к безжалостной эксплуатации других людей для достижения своих целей.

Целью нарциссической личности является достижение успеха и стремление к славе. У каждого существует свое представление о способах реализации этих стремлений.

Носители нарциссического расстройства выбирают для себя такое поле деятельности, которое содержит в себе большую потенциальную возможность успеха. Они не стремятся к рутинной, однообразной форме деятельности и, как правило, выбирают творческие профессии. Если жизненные обстоятельства вынуждают их заниматься видом деятельности, не предполагающим наличия этих возможностей, они относятся к этой работе негативно, не проявляют к ней никакого интереса и стараются затрачивать на ее выполнение как можно меньше времени.

По отношению к работе, не имеющей отношения к личностным достижениям, нарциссические лица фактически ведут себя как антисоциальные личности. При проверке обнаруживаются ошибки, недостатки и недоделки, сделанные не со злым умыслом, а просто потому, что нарциссической личности не хочется тратить на это время, которое она предпочитает вкладывать в реализацию целей, касающихся сферы ее личных интересов. Деятельность, ведущая к славе и успеху, полностью вбирает всю энергию этих людей. На пути к достижению поставленных целей они становятся безжалостными и к себе, и к окружающим, лишают себя многих удовольствий и отказываются от всего, что мешает решению задач.

В сексуальных отношениях эти лица в основном холодны. Их страстные увлечения кратковременны и оставляют после себя чувство вины. Они считают, что секс отвлекает их от главной цели, отнимая неоправданное количество времени и энергии, поэтому финал сексуальных отношений сопровождается появлением неприятного осадка, связанного с мыслями о том, что сделано что-то не то, что нужно, что время и физические силы затрачены впустую и это непростительно. В этот момент актуализируется superego в виде осуждения себя за недостаточный вклад на пути к славе и успеху.

По отношению к окружающим нарциссическая личность выступает в роли разводящего, распределяя их по ролям согласно заранее подготовленному сценарию о максимально эффективном их использовании. Другие люди облегчают носителю нарциссического расстройства доступ к жизненным ресурсам посредством выполнения таких функций, как полное освобождение от различного рода обязанностей, необходимых для выживания: домашней работы, хозяйственной деятельности, необходимости зарабатывания денег и др.

К лицам, представляющим интерес, относятся и те, кто может способствовать профессиональному успеху. В их число входят люди, которые облегчают или обеспечивают установление контактов, создают профессионально благоприятную обстановку, а также те, кто относится к команде приветствующих, «хлопающих в ладоши», обеспечивающих эмоциональную поддержку, произносящих комплименты, восторгающихся, т. е. все, кто входит в «группу поддержки».

Среди членов последней группы особое место занимает узкий круг наиболее близких родственников, друзей и подруг, с которыми можно поделиться своими достижениями. «Одобряющая» аудитория, как правило, состоит из людей других профессий, глубоко не вникающих в суть творческого процесса и не имеющих о нем достаточного представления. Разбирающиеся в происходящем профессионалы представляют потенциальную угрозу, в связи с возможными с их стороны компетентными критическими замечаниями. Из-за наличия такой опасности они не входят в круг особо приближенных лиц. Если партнер по общению начинает играть другую роль, отношения с ним быстро прекращаются. Сожалений по поводу случившегося разрыва нарциссическая личность не испытывает.

Диагностическим признаком является постоянное преувеличение своих достижений, способностей и талантов. Внешние проявления при этом достаточно адекватны. Основной процесс происходит внутри психической реальности нарциссической личности, для которой гораздо важнее сформировать, сохранять и развивать ощущение собственной значимости. Высокое самомнение подкрепляется фантазиями.

Так, например, одна из пациенток с нарциссическим расстройством рассказывала, что, идя по улице, она легко забывается, не замечает никого вокруг себя и с легкостью может толкнуть прохожего, т. к. в этот момент ее воображение рождает многочисленные образы. Ей кажется, что окружающие приветствуют ее. Если она едет на машине, то все расступаются, давая ей дорогу и оказывая ей всевозможные знаки внимания.

Другой пациент вспоминал о воображаемых им картинах, на которых, согласно библейским сюжетам, Красное море расступается и он проходит сквозь него.

Такого рода фантазии занимают в когнитивном пространстве нарциссических личностей большое место, несмотря на то, что их вербализации не происходит. В связи с высокой самооценкой сознание таких людей переполнено ожиданиями, согласно которым окружающие должны оценивать их как особых личностей со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Особенностью нарциссических личностей является своеобразное отношение к профессии, целям и проблемам. Они считают, что то, чем они занимаются, является самым важным делом в мире. Все остальное не должно представлять никакого интереса. Такой вывод делается на основании утверждения «это так, потому что по-другому просто и быть не может». Правомерность авторитарного суждения не анализируется и не дискутируется.

На интеллектуальном уровне нарциссические личности могут осознавать неправильность такой точки зрения, но в целях самозащиты им выгоднее и удобнее придерживаться ее. Так возникает и консолидизируется чувство принадлежности к определенной «касте» избранных людей. Настоящее взаимопонимание возможно только между ее членами. Браки нарциссических личностей с представителями одной и той же с ними профессии, как правило, кратковременны в связи с прогрессирующей завистью к успехам брачного партнера/партнерши.

Нарциссические лица лишены способности по-настоящему радоваться достигнутому успеху, т. к. любой успех блекнет в сравнении с их фантазиями и омрачается мыслями о том, что кто-то их опередит и добьется большего признания.

Воображение таких людей в основном проецируется на будущее. Они живут будущими успехами, не ощущая в полной мере настоящего. В связи с недостаточной эмпатией, они не понимают эмоциональных реакций других людей. Ограниченность эмоциональных реакций лишает их полноты ощущений. То, что окружающие могут относиться к ним положительно или отрицательно вне связи с результатами их работы, оказывается недоступным пониманию.

Будучи людьми творческими, нарциссические личности могут осознавать свою неспособность понимать людей. Так, например, страдающий нарциссическим расстройством писатель приносит рукопись на рецензию и задает рецензенту вопрос о том, а могут ли, с его точки зрения, герои произведения вести себя так, как он их описал? Понимание того, что теоретически, с точки зрения формальной логики, это возможно, у них присутствует, но возможность такого поведения в реальности вызывает сомнения.

Лиц с нарциссическими особенностями характеризует своеобразное отношение к своему прошлому, которое активно вытесняется из сознания. Они не хотят думать о нем и вспоминать какие-то события и ситуации. В бессознательное репрессируются отношения с людьми, с которыми они общались, места, в которых они жили, и пр. Попытка натолкнуть их на путь воспоминаний вызывает раздражение.

Анализ происходящего свидетельствует о сложности этого процесса. С их точки зрения, обращение к прошлому нецелесообразно, т. к., во-первых, отвлекает внимание от «процесса духовного роста, творчества, достижения цели и т. д.», а, во-вторых, – прошлое не интересно, т. к. в нем уже ничего нельзя изменить, кроме того, взгляд «назад» скучен и равносилен повторному перечитыванию одной и той же книги.

Этой особенностью нарциссических личностей объясняется сложность проведения с ними психоаналитической работы. Их отношение к психоанализу носит настороженный характер. В прошлом были совершены различные ошибки, воспоминания о которых крайне неприятны. Критическое отношение к прошлому формально и сводится к декларациям о том, что все, что случилось, потеряло актуальность и не повторится, т. к. они уже стали значительно более совершенными.

Несмотря на то, что нарциссические личности нуждаются в «группе поддержки» как в дополнительном «источнике питания», главным генератором их энергии остается высокая самооценка и поведение, направленное на достижение поставленной цели.

Негативной стороной эмоциональной поддержки со стороны лиц, которых они к себе приближают, является иллюзорность этой «зоны безопасности», т. к. на коммуникативных орбитах вокруг лиц с нарциссическими особенностями «вращаются» обычно опытные манипуляторы – те, кто, искусственно изображая поддержку и согласие, на самом деле глубоко не вникают в происходящее и делают это с целью сохранения отношений для удовлетворения собственных потребностей. В круг этих лиц входят люди, которые считают для себя престижным состоять в отношениях именно с этим человеком, т. к. это льстит их самолюбию. Одной из их целей бывает знакомство с какими-то людьми/человеком, входящими в круг общения нарциссической личности, с которой они связаны.

Судьба таких манипуляторов часто плачевна, т. к., вкладываясь в эти отношения, взамен они ничего не получают. В случае возникновения у них какой-либо проблемы они обращаются к нарциссической личности за советом и помощью, а в результате получают лишь безразличие, непонимание, отторжение и нежелание помочь. Просителей поражает черствость и отсутствие у нарциссической личности желания хотя бы выслушать их до конца.

Супружеские отношения могут протекать в двух вариантах. В первом партнер по браку используется манипулятивно как инструмент для реализации поставленной цели. Интересно, что в некоторых случаях он метафорически даже может восприниматься как часть своего тела, как «инструмент» для выполнения той или иной необходимой функции, без права на самостоятельную жизнь.

Во втором – брачный партнер является человеком, занимающим очень высокое положение в какой-то другой области и не вмешивающимся в профессиональную и творческую активность нарциссической личности. Как правило, это работоголик, занятый своими делами, и облегчающий супругу/супруге доступ ко всем необходимым ресурсам жизнеобеспечения.

Лица из ближайшего окружения иногда рассматриваются нарциссической личностью как продолжение собственного «Я». При этом возникает ощущение большого «Я», которое состоит из «Я» нескольких людей. В картину дополнительных «Я» прекрасно вписываются те, кто уже умер, т. к. на них можно проецировать все, что угодно, ибо контакт с умершими, который мог бы «разоблачить» истинное лицо нарциссической личности, невозможен. Этим объясняется их стремление демонстрировать фотографии из семейных альбомов, подчеркивая при этом важную социальную роль, которую умершие родственники играли в обществе. Зачастую коммуникативный контакт не ограничивается показом фотографий, в ход идет создание легенд и мифов, подчеркивающих значимость умерших. Многое из того, что рассказывается, разумеется, далеко от реальности, но предоставление этой информации необходимо «нарциссу» для усиления своей значимости и конструирования собственного имиджа. В процессе повествования они настолько вживаются в содержание своих рассказов, что начинают верить в истинность придуманных историй.

В воспитании своих детей нарциссические личности часто используют стратегию «кумира семьи», согласно которой дети рассматриваются как символ престижа, как часть собственного «Я». Их делают носителями определенных ролей, выполняющих заданные им функции быть лидерами, они постоянно занимают только первое место во всем, чем занимаются, не отвлекаясь на игры, развлечения и др. Если дети начинают заниматься тем, что просто им нравится, нарциссические родители одобряют их только при условии, что их занятия позволяют занять передовые позиции и повышают престиж. Активности без конкуренции и рекордов, имеющие целью только получение удовольствия, например, спорт или музыка, запрещаются или не поощряются.

Присущее нарциссическим личностям чувство хронической зависти лишает их возможности спокойно жить. Сравнение с теми, кто добился в жизни чего-то большего, чем они, делает их существование мучительным. Справляться с переживаниями помогают репрессия и хорошо отработанные психологические защиты, позволяющие подавлять мысли об успехе окружающих, минимизировать его значение. Группа поддержки, улавливая предмет страдания нарциссических личностей, всячески принижает значение успеха объекта зависти, используя специально подобранные объяснения. В ход идут ссылки на то, что достижения других случайны, связаны с протекцией, царящей вокруг несправедливостью, некомпетентностью тех, кто оценивает результат их труда, и т. д. В какой-то степени эти объяснения действуют успокаивающе, но чувство зависти остается в бессознательном и постоянно влияет на психическое состояние.

Х. Кохут [24], М. Стоун [46] выделяют следующие преобладающие у лиц с НЛР содержания: снисходительность; фиксация на наблюдениях текущих событий; гиперсенситивность к

критике; эксплуатация других людей; затруднение в сохранении самооценки; максимум фантазирования, но минимум достижений; легкое осуждение других; частое самоцитирование.

Дж. Габбард (G. Gabbard) [10] выделяет два характерологических типа НЛР.

1. Первый тип включает:

забывчивость по отношению к обязательствам;

толстокожесть;

открытость;

эгоистичность;

грандиозность;

высокомерие;

жажду внимания;

пренебрежение чувствами и реакциями других.

2. Второй тип включает:

сверхбдительность;

тонкокожесть;

закрытость;

диссоциативность;

ранимость;

самостираемость;

отвлечение от себя внимания;

высокую чувствительность к исходящим от других сигналам.

Критерии DSM-IV включают более жесткие формы нарушения поведения и характеристики, что типично для первого типа Дж. Габбарда [10].

Т. Миллон (T. Millon) [35] считает необходимым добавить к двум типам Дж. Габбарда следующие черты:

беспринципность;

влюбчивость;

• компенсаторность (исправление депривации в раннем периоде жизни);

элитность.

В русле своей концепции о личностных прототипах Т. Миллон выделяет представленные специальными кодами шкал МСМ I–III конфигурации НЛР. Нарушения могут проявляться в том, что Т. Миллон называет «элитным субтипом», при котором тип кода включает повышения только на нарциссической шкале; «любовным субтипом», где тип кода включает повышения на нарциссической и гистрионических шкалах; «беспринципным субтипом» с повышениями на нарциссической и антисоциальной шкалах и «компенсаторным субтипом» с повышениями на нарциссической и избегания и/или пассивно-агрессивных шкалах.

Т. Миллон и С. Гроссман [35] приводят основные клинические стили личностных проявлений в различных сферах при нарциссизме:

1) поведенческие акты – высокомерие;

2) межличностное поведение – эксплуативное;

3) когнитивный стиль – экспансивный;

4) собственный имидж – восхищение;

5) объективная репрезентация – изобретательная;

6) регуляторные механизмы – рационализация;

7) морфологическая организация – фальшивая;

8) настроение / темперамент – небрежное.

Теория объектных отношений исходит из положения о трехчастичности «Я» в структуре НЛР:

1) настоящее (реальное) «Я», характеризующееся депримированностью и психическим голодом;

2) ложное «Я», стремящееся получить любовь за специальные достижения;

3) идеализированное «Я», соответствующее высоким ожиданиям лиц, осуществляющих заботу в детском периоде.

М. Стоун [45] придерживается мнения, что нарциссичесские черты могут развиваться как при баловании детей, так и пренебрежении ими. Баловние детей часто стимулирует возникновение «комплекса Наполеона», и в то же время воспитание неглектного типа (пренебрежение, отвержение) способно по механизмам компенсаторных чувств и мыслей вызывать развитие желаний величия вопреки всей ситуации, когда ребенок не получает никогда родительских похвал. В последнем варианте пренебрегаемый ребенок имеет двойственную психологическую структуру: а) в семье выступает компенсаторное чувство особости в положительном смысле; б) внутренне присутствует скрываемое от себя и других чувство неполноценности.

М. Стоун в 1972 году наблюдал подобного рода структуру у пренебрегаемых родителями детей в очень состоятельных семьях. Он акцентирует внимание на том обстоятельстве, что НЛР или его отчетливые признаки нередко сосуществуют с другими личностными расстройствами.

Тем не менее, особенно характерные сочетания НЛР образует с пограничным и антисоциальным личностными расстройствами. Сосуществование НЛР с личностным расстройством избегания и шизоидным наблюдается редко.

При психоаналитическом изучении лица с НЛР обнаруживают недостаточность в сфере superego, что объединяет это расстройство с антисоциальным. Х. Кенигсберг и О. Кернберг [28] в связи с этим считают необходимым говорить о «нарциссически-антисоциальном спектре нарушений». Авторы выделяют в структуре раннего superego три слоя:

1. Наиболее ранние предшественники superego, представляющие примитивные, персекуторные (связанные с идеями преследования), отталкивающие репрезентации «значительных других», на которые проецировались примитивные агрессивные импульсы. Эти прекурсоры (предшественники) superego были столь выражены, что исключали возможность усвоения (интернализации) идеализированных, «хороших», награждающих репрезентаций.

2. Второй слой раннего superego, состоящий из положительных репрезентаций, в которых даже требовательность сливается с гратификацией, в нормальных условиях нейтрализует первый слой персекуторного superego. Отсутствие ego-идеала мешает нормальному подавлению возникающих в фантазиях угроз и наказаний из первого слоя superego. Индивидуум оказывается не в состоянии справиться эффективно с внутренними опасностями, он/она может лишь проецировать угрозы на окружающих, что приводит к восприятию окружающих людей как представляющих опасность.

3. В результате более развитый и реалистичный третий уровень прекурсов superego, соответствующий развитой эдипальной стадии, не может сформироваться и переживается спутанно, находясь под влиянием проецированной агрессии.

Таким образом, человек с нарциссическим антисоциальным нарушением охвачен неуверенностью, его самооценка, ощущение себя крайне неустойчивы. Положение спасает постоянное восхищение со стороны значимых других, собственное доминирование над другими создает чувство безопасности. В этой ситуации отсутствуют этические и моральные принципы. Лишенное регуляции со стороны superego «Я» приписывает окружающим все отрицательные качества, блокирует способность к доверию, интимности, возможности испытать чувство любви. Имеет место бессознательная (частично осознаваемая) тенденция завидовать, обесценивать и ненавидеть «хорошие объекты», очевидно, в связи с подавленным подпороговым ощущением, что им доступна другая система ценностей.

Приведенная схема психодинамики более характерна для преобладания антисоциального радикала в нарциссически-антисоциальном спектре. Некоторый перевес нарциссического

компонента при значительной представленности антисоциального О. Кернберг называет злокачественным нарциссизмом. Последний представляет процесс, при котором «ранние прекурсоры агрессивного superego проецируются или интернализируются в форме насильственного, грандиозного патологического «Я», и модифицируются способностью также материализовать по крайней мере некоторые прекурсоры идеализированного superego. …Интернализация в Self прекурсоров как агрессивного преследующего, так и идеализированного superego приводит к формированию патологического грандиозного Self нарциссической личности. Особенно характерна интернализация агрессии в этом патологическом грандиозном «Я»» [16, p. 73]. В подобной структуре сохраняется способность к какой-то лояльности и толерантности, отражающих требования и запреты реалистического третьего уровня superego, клинически констатируются наличие «нарциссической личности с тяжелым антисоциальным поведением, ego-синтонной агрессией и параноидными чертами» [16, p. 73].

О. Кернберг [16] разрабатывает концепцию, согласно которой нарциссические расстройства целесообразно располагать на континууме, в зависимости от степени выраженности superego, интенсивности проекционных защит и наличия ego-синтонной агрессии. В соответствии с данной концепцией синдром злокачественного нарциссизма характеризуется способностью сохранить определенные идеализированные объектные репрезентации и имеет несколько лучший прогноз, чем АЛР. В случаях НЛР способность распознавать хорошие черты в других людях сохраняется, хотя и подвергается постоянному сомнению, что обрекает на невозможность устанавливать длительные значимые отношения. По нашим наблюдениям, лица с НЛР могут в ряде случаев прятать грандиозность за маской псевдоуниженности, что делается для достижения, например, карьерных или матримониальных целей. Такое ролевое поведение обычно кратковременно и при наличии опыта сравнительно легко распознается.

Нарциссическое личностное расстройство не входит в МКБ-10, но, тем не менее, этот вид нарушения привлекает к себе все большее внимание, потому что многие люди являются носителями этого расстройства или черт, которые приближаются к нему. Знание проявлений этого нарушения очень важно, т. к. мы часто встречаемся с его симптомами, но по-разному выраженными. Эти проявления существенным образом влияют на жизнь людей, которые окружают нарциссических личностей, провоцирующих конфликты, непонимание, психические травмы.

Нарциссическое личностное расстройство имеет ряд описанных в классификациях признаков. Основным его проявлением является проблема «Я». «Я» (Self) определяется в американском словаре психиатрических терминов М. Стоуна [46] как понятие тотальной личности с ее сознательными и бессознательными сторонами. Некоторые авторы говорят, что «Я» – это ядро личности, которое включает все стороны, в том числе и соматическую, но в основном, эмоциональный и чувственный компоненты.

Ego – это структура, которая способна «наблюдать» за «Я», оценивать эмоциональное состояние, которое возникает в самом «Я». Например, говоря «мне грустно», «я сержусь», человек оценивает чувство, которое в действительности может быть другим.

У нарциссических личностей имеет место особый имидж, основанный на образе грандиозного «Я». Ego оценивает собственную личность как очень значимую. Имидж грандиозности формируется в результате взаимодействия младенца со средой, лицами, которые осуществляют заботу о нем. Большинство современных авторов, анализируя механизмы развития нарциссизма, акцентируют внимание на значении характера воспитания.

Человек сам создает свой имидж грандиозности. Он формируется не сразу, а постепенно, в течение определенного времени под влиянием конкретных факторов. Создание имиджа грандиозности – энергоемкий процесс, который происходит с затратой энергетических ресурсов. Но при всем этом это та основа само– и взаимоотношений, которую человек сконструировал для взаимодействия с самим собой и внешним миром. Как «искусственное образование»

имидж грандиозности нуждается в постоянной поддержке, источнике питания. Наряду с этим имиджем у человека продолжают функционировать настоящее «Я», ego, superego, id.

Создав собственную грандиозность, человек начинает функционировать с этим внутренним образом. Присутствующие изначально психические структуры начинают контрастировать с новым имиджем грандиозности, поскольку разница между тем, что имеет место на самом деле, и новым образом очень большая. С этим связан характерный для нарциссических личностей страх потери имиджа грандиозности, боязнь проявить свое настоящее «Я», показать его другим людям, что будет отождествляться с «потерей лица», и что, может быть, для них более важно, чем потерять лицо по отношению к себе самому.

Индивидуум с таким имиджем создает для себя определенный стиль жизни – мир ролевого поведения. Но, в отличие от ролевого поведения актера, который меняет образ в зависимости от роли, нарциссический имидж не уходит, не отпускает от себя. Такая роль «съедает» реальное «Я». На определенном этапе многие перестают ощущать себя потому, что ролевое поведение требует отрицания настоящих чувств. Человек имитирует чувства и/или не придает этой сфере жизни значимой роли.

Возникающие эмоциональные реакции – это реакции напоказ. Пациент/пациентка с нарциссическим расстройством недостаточно чувствуют свое тело. Они боятся настоящих эмоций, т. к. искреннее, аутентичное (отражающее истинную сущность) поведение может оказаться разрушительным. Характерен уход от внешних и внутренних ситуаций, которые несут в себе опасность разрушения имиджа грандиозности. Такие ситуации воспринимаются как прямой вызов имиджу.

Нарциссическая личность крайне чувствительна ко всякого рода критике и мелким замечаниям. Способность получить объективную оценку качества сделанной работы отсутствует, т. к. они не переносят отрицательных высказываний. Если в оценке будет присутствовать девять положительных и лишь один отрицательный отзыв, внимание в этот момент будет приковано к последнему. Крайняя чувствительность к критическим замечаниям вызывает определенные реакции.

Для нарциссических личностей характерны два типа реакций: ярости (нарциссическая ярость) – бурной, сравнительно кратковременной реакции и униженности – более длительной реакции. Ярость и униженность скрываются, насколько это возможно. И, если в отношении униженности это удается, то спрятать ярость значительно труднее. Это приводит к конфликту, смысл которого остается непонятным для окружающих, не вникающих в систему ценностей нарциссической личности.

Внутренние психические структуры нарциссических личностей (бессознательная система разума) распознают риски, которые могут привести к разрушению грандиозности. Поэтому сам человек с нарциссическим личностным расстройством часто не понимает причину своей реакции.

Нарциссические личности так же, как и антисоциальные, стремятся к манипулированию. Разница в том, что в первом случае манипуляция более тонкая, более культурально приемлемая.

Стремление получить удовольствие, например, от доминирования, или пережить какое-то кратковременное возбуждение отсутствует. Их задачи не так примитивны. Выдвигаемая цель тесно связана с грандиозностью, и основной смысл жизни формулируется как достижение успеха, славы, признания. При условии появления возможности манипулирования другими людьми, главным становится использование их как инструмента, орудия, средства для достижения сформулированной цели.

Нарциссические личности не признают за другими права на самостоятельное существование. Они не препятствуют их действиям активно, но относятся нетерпимо к активностям,

которые не соотносятся с задачами и интересами нарциссической личности. Интересы окружающих, цели и другие аспекты их жизни не учитываются и, соответственно, не переживаются.

Наряду с жесткой манипулятивностью, присутствуют ожидания восхищения собой, своими действиями, одобрения со стороны окружающих. Необходимость в положительной эмоциональной поддержке определяет сферу их контактов. Т е, кто критикует и порицает, исключаются из круга общения, даже если их оценки объективны и полезны. Исследования Х. Кохута [24, 26] и О. Кернберга [16, 19] показывают, что люди с нарциссическим личностным расстройством постепенно изолируются. Эта особенность проявляется особенно наглядно, если проследить поведение такого человека в течение нескольких лет. Наблюдается нарастание изолированности, уменьшение количества контактов. Если раньше они встречались с кем-то, появлялись в каких-то местах, то теперь говорят: «Я не знаю, где он/она находится и что делает». Нарциссические личности не осознают происходящего, т. к. их бессознательная система разума настроена на предотвращение разрушения имиджа грандиозности.

Многие лица с нарциссическим личностным расстройством – это творческие личности. Им свойственна организация какой-то системы, взглядов, концепции, которую они считают уникальной, имеющей особое значение. Проблема в том, что об этой концепции говорят в узких кругах, исключающих возможность критики и осуждения. Нарциссические личности предпочитают творческие специальности, позволяющие вести относительно изолированный образ жизни.

Объективно это способствует отрыву от реальности. Чем в большей степени выражено стремление к уходу от действительности, тем труднее вернуться на исходные позиции. Они окружают себя узким кругом безусловно принимающих их лиц. Члены группы поддержки часто оказываются жертвами таких односторонних отношений, т. к. в трудных для себя, драматических, трагических ситуациях они не получают от нарциссических личностей никакой помощи.

В числе признаков, на основании которых диагностируется нарциссическое личностное расстройство, упоминается «отсутствие эмпатии», зарегистрированное в DSM-IV. В данном случае было бы правильнее говорить о сужении круга эмпатии. Своеобразие заключается в том, что речь идет не о человеке, который либо входит, либо не входит в круг лиц, на которых распространяется эмпатия, имеется в виду содержание переживаний. Какие-то переживания эмпатизируются, а какие-то нет. Как правило, не эмпатизируется все то, что не имеет отношения к человеку с НЛР. Очевидно наличие потенциальной возможности проявления эмпатии с отсутствием потребности в этом. Эмпатизируется то, что каким-то образом задевает нарциссическую личность, например, критический настрой по отношению к ней. Избирательность эмпатии очень обижает окружающих. Компаньоны, сослуживцы и члены семьи нарциссической личности выкладываются, помогают им осуществлять какие-то функции, но, в случае возникновения у них проблем, они, надеясь на сочувствие, вдруг обнаруживают, что их не просто не слушают, а стараются как можно быстрее избавиться от них.

Семейная жизнь нарциссической личности имеет свои особенности. Член семьи (муж, жена) рассматривается как инструмент для удовлетворения потребностей и решения поставленных задач, для него «пишется» специальный сценарий. Она или он должны вести себя в пределах составленной схемы. Если роль выполняется, все хорошо, если нет – возникает раздражение. Анализ нарциссической личностью своих семейных проблем часто сопровождается формулировкой, отражающей ценность дистантных отношений: «Идеальный сценарий семейной жизни подразумевает раздельное проживание супругов, но когда мне что-то нужно, муж/жена должны тут же появиться, но при этом мне не мешать».

Одним из характерных признаков, свойственных нарциссической личности, является отрицание эмоций и чувств. Это касается и сексуальных отношений. Любые сексуальные проявления вызывают большую настороженность, которая формулируется примерно так: «Я не

могу себе позволить такого рода отношения, т. к. они могут захватить меня и отвлечь от достижения главной жизненной цели».

Среди нарциссических личностей существует тип людей с легко возникающими параноидными (не бредовые идеи, а подозрительность) убеждениями. Они, например, считают, что стремление партнера стимулировать их сексуальную активность имеет скрытую цель – испортить их карьеру, «высосать энергию», сделать менее целеустремленными. Такие убеждения, но в более заостренной форме, можно наблюдать у нарциссических личностей, работающих с партнером в одной сфере и имеющих конкурентные отношения. Профессиональное противоборство связано с характерным для нарциссического личностного расстройства признаком, входящим в DSM-IV, – завистью.

Они не только не радуются успеху другого, а испытывают к нему зависть. Поскольку это чувство может не полностью осознаваться, нарастают раздражение, напряжение, злость, что находит выражение в конфликтах. Поэтому браки, в которых один из супругов страдает нарциссическим личностным расстройством, особенно если оба имеют одну профессию, часто распадаются.

Нарциссическим личностям в меньшей степени свойственна ревность, чем зависть.

В связи с отрицанием чувств, потребность получать удовольствие представлена мало. Добиваясь успеха, они должны получать удовольствие, но, как правило, этого не происходит. Они не умеют испытывать это чувство в течение длительного времени. Ощущение удовольствия носит поверхностный, кратковременный характер. Они не умеют жить настоящим и ценить текущий момент. Более глубокий анализ личностных особенностей нарциссических личностей позволяет прийти к заключению об отсутствии у них умения не только радоваться настоящему моменту, но и способности использовать прошлый опыт. Страдает проекция на прошлые события в жизни. Рациональная трактовка неумения ощущать удовольствие сопровождается объяснением: «…потому, что я начинаю думать о другом, о будущем. Мой сегодняшний успех в дальнейшем может вызвать отрицательные последствия: вдруг меня кто-то обгонит. Пока я почиваю на лаврах, конкуренты не дремлют».

Размышлений о плюсах и минусах прошлого, о полученных когда-то психических травмах, системах межличностных взаимоотношений и прочем у нарциссических личностей нет. Думать о прошлом, а тем более фантазировать на эту тему не получается. «Я не могу себе это позволить. Это нерациональная и безрезультатная трата времени. Все равно в прошлом я не могу ничего изменить». Возможность извлечь какой-то опыт из пережитого исключается. «Что вы, это же прочитанная книга, возвращаться к которой, а тем более перечитывать заново я не хочу». Рационализм в отношении к прошлому сочетается с некритическим отношением к просчетам и поражениям. На формальном уровне они могут иногда сказать: «Да, я делал ошибки, это было неправильно», но это произносится без эмоциональной окраски на уровне интеллектуализации. Вслед за первой появляется вторая фраза: «Хорошо, в прошлом это было, но я давно изменился/ изменилась и сейчас я другой/другая».

Лицам с нарциссическим личностным расстройством присуща проекция на будущее, мысли о предстоящих достижениях, успехе, слове.

Типично презрительное отношение к очень многим вещам, заслуживает внимания только то, чем они занимаются. Свои проблемы воспринимаются как уникальные и доступные пониманию только особым людям. К их числу, как правило, относятся недосягаемые личности, с которыми либо невозможно вступить в контакт, либо их просто нет – они умерли.

Собственные достижения и таланты преувеличиваются. Они считают, что заслуживают особых привилегий и отношения. Сфера воображения может быть развитой, но сознательно ограниченной запретом ухода в прошлое. Легко возникают фантазии о собственной силе, успехе, идеальной любви, красоте и т. д.

В последнее десятилетие увеличивается количество пациентов, чьи проблемы нельзя объяснить с использованием классических, аналитических подходов, например, теории ego. Симптомы страдающих депрессиями пациентов могут выглядеть одинаково, но их содержание может быть совершенно разным. Одни могут жаловаться на переживания чувства вины; на то, что они сделали, или не сделали что-то; на причиненные ими страдания близким; на решение уйти из жизни как лучший способ освобождения окружающих от своего присутствия. У других чувство вины отсутствует, но есть ощущение собственной неадекватности, ненужности себе и другим, чувство внутренней пустоты, отсутствия смысла жизни. У третьих причиной депрессии является потеря привычного, сконструированного пациентами имиджа грандиозности, что требует совершенно иных терапевтических походов. В первом варианте присутствует угроза расширенного самоубийства, в связи с возможностью возникновения следующих рассуждений: «Так как мои близкие страдают из-за меня, мне нужно покончить с собой, чтобы они не страдали, но, если я покончу с собой, они лишаться средств к существованию и будут страдать еще больше, поэтому мне лучше покончить сначала с ними».

Нарциссические личности нередко терпят серьезные поражения, которые могут приводить к развитию более глубоких психических нарушений, наиболее типичным из которых является депрессия. Можно выделить особый вид депрессии – «нарциссическую депрессию». Это депрессия без чувства вины; с ощущением отсутствия смысла жизни; с рассуждениями о том, что время, в котором носители расстройства живут, – не то; люди, с которыми приходится общаться, – тоже не те; место жительства и работы – не соответствует им, их требованиям и ожиданиям. Отсюда наиболее типичным является мрачное настроение. Рой Шафер (R. Shafer) [43] – американский психоаналитик, называет такое состояние хронической разочарованностью, а в более тяжелых случаях – мортификацией («умерщвление»), апатией.

Иногда в этих состояниях, реже после них, следует обращение за помощью. Особенно, если имела место суицидная попытка. Характерный стиль поведения при нарциссической депрессии – изоляция от мира, прекращение контактов. Иногда возникает тенденция заглушить это состояние алкоголем, транквилизаторами, снотворным и т. д. Несмотря на возможную тяжесть нарциссической депрессии, она, в отличие от экзистенциальной, кратковременна и, как правило, длится всего несколько дней. Возможен самостоятельный выход из этого состояния.

Проблема нарциссических лиц заключается не только в том, что они сами ограничивают контакты с окружающими, но и в том, что никто не хочет иметь с ними дело. Чем лучше их знают, тем больше от них дистанцируются, тем менее они интересны для контакта.

Лица с нарциссизмом имеют тенденцию культивировать нарциссические черты личности у своих детей.

Во время депрессий может произойти частичная переоценка ценностей, поскольку иногда нарциссические лица сильно переживают разрыв контакта с каким-то очень значимым для них человеком.

Одиночество переносится хорошо, особенно в период занятости работой, но по ее окончании они нуждаются в контактах, поддержке, восхищении.

В структуре нарциссического личностного расстройства некоторые авторы, например А. Лоуэн [31], выделяют своеобразное нарушение, которое рассматривается как разделение или расщепление ego и «Я». В монографии «Нарциссизм» автор описывает несколько его стадий: от нарциссизма, который рассматривается в рамках нормы, до нарциссизма с выраженными расстройствами, вплоть до развития неадекватных состояний, приводящих к значительному отрыву от реальности.

По мнению А. Лоуэна, отрицание чувств при нарциссизме выражается в отсутствии способности к выражению эмоций и невозможности осуществлять прямой контакт с ними. Познание и осознание эмоций требует умения интенсивно переживать и выражать чувства. В слу-

чае блокировки или подавления эмоции, с точки зрения автора, супрессированы, или слабо выражены. С этой позицией можно спорить, т. к. известно, что, согласно основному психобиологическому закону, вытесненные эмоции не исчезают, а, находясь в бессознательной сфере, продолжаю накапливаться. Постепенное накопление небольших обид, при условии их неотреагирования, приводит к переполнению объема бессознательного. Когда id оказывается полностью заполненным, эмоции выплескиваются даже при небольшом воздействии в разрушительном виде. Возможно, этим можно объяснить приступы нарциссической ярости и глубину депрессии.

Нарциссические лица больше говорят о своих эмоциях и чувствах, чем переживают их. Одно дело рассуждать, например, о страхе, а другое – витально чувствовать испуг или страх. В связи с этим психологи, психотерапевты, психоаналитики, которые работают с нарциссическими пациентами, иногда используют не только вербальный анализ, но и работают непосредственно с телом, чтобы снять телесную ригидность.

Телесные техники, которые используются при работе с такими лицами, включают снятие ригидности в процессе глубокого дыхания и физических упражнений. Пациентам предлагается испытать какую-либо эмоцию, например, разозлить себя, но не говорить о ней, а проявить ее в действии: например, бить по подушке или что-то ломать. Несмотря на трудность выполнения этих рекомендаций, считается, что эти действия оживляют структуру и форму проявления эмоциональных реакций.

Нарциссические личности не любят фотографироваться. Просмотр фотографий с их изображением обнаруживает ригидность, «окаменелость и замороженность».

Ego (психическое «Я») функционирует и определяет осознание «Я» как самоосознание, самовыражение, самообладание и т. д. Эти термины во многом относятся к осознанию и выражению чувств. Поэтому А. Лоуэн [31] склонен определять «Я» как чувственно переживаемый аспект тела. Ego не является «Я», хотя оно составляет часть личности, которая воспринимает, переживает «Я». Ego репрезентирует «Я» в сознании и чувствует и воспринимает, что человек, например, зол. «Я», по мнению автора, не может определяться мышлением. Так, например, можно говорить о том, что компьютеры думают, но нельзя сказать, что они чувствуют.

При нарциссическом личностном расстройстве имеет место диссоциация ego от «Я». Лица с нарциссическими проявлениями отделяют сознание от его жизненной базы. Вместо того, чтобы функционировать как интегральное целое, личность оказывается расщепленной на две части: активную («наблюдающее ego»), посредством которой индивидуум идентифицирует поступающую информацию, и пассивную («наблюдаемый объект»), которым является «Я». Ego осуществляет функцию восприятия собственного внутреннего состояния и окружающей среды. Таким образом, оно помогает адаптации в среде, но ego не является «Я», оно является его сознательным аспектом. Его нельзя сепарировать от «Я». Аккуратность, точность восприятия, которое осуществляет ego, зависит от его связи с «Я». Мы можем переживать свое тело непосредственно, посредством чувств, или можем создать имидж себя и работать над ним. В первом случае, если мы воспринимаем себя непосредственно через чувства, мы связаны с «Я». Если же речь идет об имидже, то связь носит косвенный характер. У здорового человека присутствует два вида восприятия, которые согласуются друг с другом. Если восприятие себя отсутствует, что характерно для нарциссических состояний, возникает неспособность проявлять искренние чувства, а отсюда и невозможность вступать в интимные отношения с другими людьми. Человек, не любящий себя, не способен любить других.

Любовь можно рассматривать как взаимное проникновение с разделением «Я» другим человеком. Сексуальная связь является настоящим проявлением любви, если такое разделение, взаимный обмен «Я» существует, в противном случае – это нарциссический акт. Интимность – это деление, обмен «Я», но для ее возникновения необходимо иметь чувство «Я» и осознавать его.

А. Лоуэн [31] считает, что, несмотря на то, что человек рождается с «Я», он/она может терять способность чувствовать его. Особенно, если психическая энергия инвестируется в имидж «Я» или в ego. Тогда интимная связь чувства с настоящим «Я» утрачивается. Все люди нуждаются друг в друге, и, если у человека имеется чувство «Я», для его сохранения ему необходим другой человек, чтобы разделить с ним это чувство. Ego нарциссической личности страдает без поддержки со стороны других, в связи с потерей чувства «Я».

С другой стороны, признание, которое получает нарциссическая личность, также ослабляет и нарушает ego. Возможны ситуации, когда человек с нарциссическим личностным расстройством будет отвергать даже тех, кто им восхищается, в силу, как ему кажется, их несостоятельности. Он отказывается от контактов с ними так же, как он когда-то отказался от своего «Я».

Отношения между ego и «Я» достаточно сложные. Без ego не может быть чувства «Я», т. к. ego осознает «Я». Но без «Я» чувство идентичности оказывается привязанным только к ego. Личностное нарушение возникает в случае отсутствия совпадения между имиджем «Я» и «Я». Чем больше это несоответствие, тем больше страдает связь с реальностью, и тем более тяжелое расстройство возникает. В результате резкого контраста имиджа «Я» с действительностью возникает спутанность, наиболее выраженная при психическом расстройстве психотического уровня, например, шизофрении.

Расщепление между имиджем «Я» и «Я» вызывает нарушение восприятия собственного тела. Это приводит к тому, что нарциссические личности поздно распознают соматические заболевания. Игнорирование телесности является общим признаком лиц с нарциссизмом и лиц, страдающих аддиктивными расстройствами. У нарциссических личностей это происходит на более автоматическом уровне. Следствием игнорирования тела является несвоевременная, поздняя диагностика различных форм соматических нарушений, что способствует возникновению угрожающей ситуации потери какой-либо функции, например потери зрения. В то же время отрыв «психического» тела от «соматического» приводит к возникновению различных, построенных на интеллектуальных рассуждениях ипохондрических концепций, когда человек с нарциссическим личностным расстройством «придумывает» себе различные болезненные состояния, основываясь на псевдопризнаках. Ему начинает казаться, что он мог заразиться каким-нибудь заболеванием, в связи с тем, что накануне встречался с кем-то. Или считает, например, что, находясь в обществе каких-то людей, он постоянно расстраивался, и эти переживания привели его к какому-то психосоматическому страданию. Появляются мысли о том, что психосоматическое заболевание трансформировалось в злокачественное новообразование, которое пока не распознается, несмотря на то, что он/она заметили потерю веса и обратились к специалистам, которые ничего не обнаружили.

Иногда нарциссические личности переносят такие ипохондрические концепции на своих детей и пытаются найти у них аналогичные формы нарушений. Такой ход мыслей характерен для пациентов, игнорирующих телесный «Я».

Лица с нарциссическим личностным расстройством не позволяют сильным чувствам достигать сознания.

Либидо при нарциссизме теряет связь с телесностью и инвестируется в ego. Отрицание собственной телесности разрушает отношения к внешнему миру. Трансформация энергии либидо в энергию ego активизирует включение в различные активности по усилению собственного имиджа, приобретению власти, силы, денег. Процесс роста своего имиджа приносит удовлетворение. Тем не менее, наличие одного лишь социального имиджа, основанного на достижениях, не делает человека личностью с нарциссическими особенностями. Нарциссическое расстройство диагностируется тогда, когда человек основывает личную идентичность на социальном имидже.

В развитии нарциссизма участвуют макросоциальные и семейные факторы. Макросоциальными факторами являются характеристики современного общества. В традиционном обществе большой акцент делался на прочных связях внутри семьи, на взаимном участии в жизни друг друга. Связи носили «клановый» характер и распространялись на более широкий круг родственников, знакомых. Схемы поведения родителей передавались детям, что обеспечивало успешность их адаптации в течение длительного времени. В современном обществе эти особенности взаимоотношений утрачены. Семейные связи стали более слабыми, это находит отражение в значительном уменьшении времени, проводимого в семье, большом количестве неполных семей, в частой смене брачных партнеров.

Современное общество характеризуется значительно большим количеством изменений в различных областях жизни. Это требует развития других адаптационных навыков, не нужных в традиционном обществе. Ситуация отражается на детях, которые не получают прежнего внимания. Современные родители уделяют детям меньше времени, чем это было 50 лет назад.

В сегодняшней семье ребенок не получает, начиная с очень раннего периода своего развития, адекватной эмоциональной поддержки и достаточного количества положительных эмоциональных реакций. Он нуждается в позитивном эмоциональном контакте с людьми, и, прежде всего, с теми, кто находится в его микросоциуме. Даже при наличии положительного отношения к ребенку, заботы об удовлетворении его биологических и физиологических потребностях, эмоциональный компонент взаимоотношений выпадает. Положительный эмоциональный контакт ограничивается несознательно, а потому, что родители загружены работой, заботой и другими проблемами. Они выделяют какое-то время для контакта с ребенком, но оно не соответствует его биологическим потребностям. Происходит задержка развития, которая касается формирования идентичности. Возникает особый вид патологии, которому разные авторы, занимающиеся этой проблемой, дают разные названия: «дефицитарное «Я»», «основная недостаточность», «некогезивное «Я»», «фрагментарное «Я»». Помимо эмоциональной недостаточности, все вышеперечисленные факторы способствует развитию личностных расстройств кластера «В», в особенности НЛР.

Существенное значение в возникновении НЛР имеют особенности вербального периода в развитии ребенка, касающиеся непосредственно преэдипального, эдипального и постэдипального периодов. Речь идет об определенных типах воспитания. Одним из них является «престижное воспитание», считающее основной функцией ребенка демонстрацию благополучия, успеха и известности семьи. Поэтому большое внимание уделяется тому, чтобы ребенок был на высоте, умел представить себя с наилучшей стороны, и особенно при встречах со знакомыми, друзьями и т. д. Ребенка демонстрируют как куклу, которую хорошо одевают. Он обязан показывать глубокие знания в какой-то области и отвечать на тематические вопросы. Очень важна его способность поражать воображение окружающих своей развитостью, интеллектом, навыками. Ребенок это чувствует и быстро усваивает значение умения произвести впечатление.

Ребенок также усваивает и неуверенность в отношении к себе родителей. Он не получал в раннем возрасте достаточного эмоционального подкрепления и продолжает не получать его, но в данной ситуации включается компонент искусственности эмоциональных проявлений. Формирование важной для ребенка экзистенциальной сферы нарушается. Он не знает, любит его мать или нет, на фоне того, что чувство любви у него не очень развито. Любовь родителей оказывается тесно связанной с впечатлением, которое он производит на окружающих. В дальнейшем это распространяется не только на умение произвести впечатление, но и на способность добиться поставленных целей, включая хорошую успеваемость в школе. Ребенок понимает, что любовь родителей носит условный характер, и его любят за успехи и достижения.

У ребенка воспитывается чувство гиперответственности, не свойственной его возрасту. Подчеркивается его «особость» и непозволительность делать то, что делают сверстники. Его

загружают ответственностью соответствовать родителям, не разрушить их социальный имидж. Развивается озабоченность необходимостью создания имиджа. «Престижное воспитание» требует от ребенка превосходства над другими. Его занятия музыкой, спортом не рассматриваются как хобби. Удовольствия игнорируются. Важно добиться успеха, признания, славы, быть первым.

Поскольку ребенок не может быть всегда первым, он терпит поражения, которые начинает скрывать. Так он обучается обману. Привычка говорить только о своих успехах требует сокрытия негативной информации. Чтобы доказать свою «особость», он демонстрирует сильную волю и показывает, что может сделать то, что не могут сделать родители. Одним из негативных вариантов доказательства может стать голодание, которое рассматривается как способ самоутверждения. Таким образом он стягивает на себя внимание родителей [7].

На развитие нарциsсических нарушений влияют особые ситуации, которые усиливают проявление нарциссических признаков. Одним их таких вариантов является резкое изменение социального статуса, когда семья, которая делает ставку на престижное воспитание, не зависимо от ребенка, теряет престиж. Ребенок это чувствует, возникает психическая травматизация с развитием психологической защиты в виде стремления к созданию имиджа в ущерб всему остальному. В дальнейшем выбирается общество, которое поддерживает такое поведение.

Несомненную помощь в диагностике нарциsсического расстройства оказывает знание диагностических критериев, содержащихся в DSM-IV:

1. Реакция на критику чувствами ярости, стыда или унижения (даже если эти чувства внешне не выражаются).

2. Эсксплуататиность в межличностных отношениях с использованием других для достижения своих целей.

3. Грандиозное чувство самозначимости, основанное на преувеличении своих достижений и способностей и стремлении быть замеченным и «награжденным» за качества «особого» человека без достаточных на то оснований.

4. Убежденность в том, что его/ее проблемы уникальны и могут быть поняты только «особыми» людьми.

5. Сверхзанятость фантазиями неограниченного успеха, силы, красоты или идеальной любви.

6. Чувство избранности, нерациональные ожидания особенно благоприятного отношения к себе.

7. Потребность в постоянном внимании и восхищении.

8. Отсутствие эмпатии, проявляющееся в неспособности распознать и пережить чувства других людей, например, удивление и раздражение в случае отмены встречи другом/подругой даже по причине серьезного заболевания.

9. Сверхзанятость чувством зависти.

В диагностике нарциссического расстройства используется шкала нарциссических черт [38]:

1. Он/она могут испытывать чрезвычайную злость, если другие критикуют их действия.

2. Он/она выходят из себя в случае незначительных недоразумений и замечаний, которые при рациональном к ним отношении не должны вызывать отрицательных чувств.

3. В случае набора сотрудников он/она обращают внимание, прежде всего, на способность этих людей выполнять намеченные только ими цели, исключающие оправдание и преследование собственных интересов.

4. Стремление общаться с людьми, обладающими исключительной привлекательностью, талантом или успехом.

5. Появление этого пункта связано с исследованиями И. Плакун (E. Plakun) [38], показавшими наличие у нарциссической личности стремления общаться с суперавторитетным человеком с целью «присоединения» его «Я» к своему.

6. Ощущение того, что другие люди не отдают себе отчета в его/ее настоящих способностях.

7. Утверждение, что он/она получают поддержку от других в связи с наличием у них исключительных навыков и уникальных способов понимания ряда вещей.

8. Трудности в нахождении людей, достойных их доверия, т. к. эти люди недостаточно умны для того, чтобы оценить их уникальные качества.

9. Трудности в нахождении людей, способных понять их проблемы, поскольку эти проблемы чрезвычайно сложны и уникальны.

10. Наличие фантазий, связанных с достижением признания.

11. Ожидание совершенных любовных отношений, несмотря на наличие факта отсутствия таких отношений у лиц, входящих в круг их близкого окружения.

12. Сильное раздражение, возникающее как следствие необоснованных, с их точки зрения, действий мелких бюрократов, предъявляющих различные несущественные требования, например, нарушение правил парковки, штраф за задержку книг в библиотеке и пр.

13. Позволительность нарушения общепринятых правил в общественных местах, включая требования немедленного обслуживания в ресторанах, нежелания стоять в общей очереди в кассу и пр., т. к. свое личное время они считают наиболее ценным.

14. Фиксация на вызывающем внимание стиле одежды и стремление получать комплименты в связи с этим.

15. Нетерпение к людям, которые говорят о своих проблемах.

16. Раздражение по поводу способности других находить объективные причины для объяснения нарушенных соглашений и невыполнения обязанностей, включая болезнь.

17. Отрицательное эмоциональное состояние, вызванное большими, чем у них успехами окружающих на различных этапах обучения.

18. Отчетливая зависть к более привлекательным или более успешным в жизни людям.

Большое значение в развитии нарциссического расстройства имеет ранний детский период. В качестве одного из механизмов возникновения этого вида нарушения рассматривается процесс соблазнения, который закладывает основу, позволяющую ребенку чувствовать себя «особым и уникальным». В дисфункциональной семье ребенок уже в детстве ощущает недостаток эмоционального отношения к себе, нежелание взрослых проводить с ним время, он чувствует «отбрасывание» и унижение. Нарциссическая личность формируется в случае совмещения унижения и соблазнения ребенка. Соблазнение происходит от латинского «seducere» – отходить в сторону, положить в другое место. Соблазн заключается в том, что на каком-то раннем этапе жизни мать начинает проявлять к ребенку усиленное специфическое внимание. Это особое внимание и является соблазном, который определяется как использование ложного утверждения или обманного обещания с целью заставить другого делать то, что необходимо соблазнителю. Обещание может быть высказано прямо или может подразумеваться и носить скрытый характер. Часто родители используют обещания, которые четко не формулируются. Ребенок стимулируется обещанием особой любви и особого отношения со стороны родителей, а на самом деле он не получает ни того ни другого. Испытывая недостаток любви и привязанности, он начинает переживать их в своих фантазиях.

Процесс соблазнения в отношениях матери с сыном строится на эксплуатации раннего эротизма в эдипальных переживаниях, а в отношениях матери с дочерью – на чувстве особой близости. Зачастую в этой «игре» используются противопоставления одного из детей другому родителю, брату или сестре. «Эксклюзивный» ребенок воспитывается в атмосфере особой

исключительности. В его сознание косвенным образом имплантируется ощущение собственной значимости и «особости».

Между родителем и ребенком создается особая обстановка интимности, характер которой ребенок дофантазирует в соответствии со своим возрастом. Процесс соблазнения происходит чаще всего в возрасте от 3 до 6 лет. Создаваемое искусственно особое отношение накладывается на уже существующую эмоциональную депривацию. И, если в ранний период детства на него не обращали внимания, то в более поздние периоды развития родители начинают многовариантную игру. Это могут быть слова, которые выделяют его как особого, противопоставление его кому-то другому, возведение ребенка в положение взрослого человека с нагрузкой несвойственными возрасту проблемами. Например, мать, доверяя ребенку интимные подробности своей жизни, делает его советчиком в этих вопросах. Формирующийся в процессе соблазнения «комплекс особости» включает в себя следующие моменты:

1. Ребенок считает, что ему все доступно, он может считать себя взрослым, т. к. ему доверяют как взрослому. Возникает ощущение «всемогущества», не соответствующее действительности.

2. У ребенка возникает «комплекс всезнайки». Ему кажется, что он все знает, во всем разбирается. Значимость отношений родителей друг к другу недооценивает, считая, что всего важнее внимание к нему.

3. У ребенка возникает комплекс того, что им восхищаются и ему поклоняются.

Более глубокий анализ этих атрибутов показывает, что лица с нарциссическими нарушениями в реальной жизни относятся к себе как к маленьким богам. Это отношение поддерживается окружающими, которые видят их такими в течение определенного времени.

Особенность происходящего заключается в том, что этот процесс носит имажинативный (воображаемый) характер. Поскольку он строится на воображении, то он, естественно, иллюзорен. Так, например, одна из пациенток с нарциссическим расстройством вспоминала: «Я всегда думала, что я особая. Мне говорили, что я могу достичь всего, чего захочу, если буду стараться. И я многого достигла. Правда, у меня есть проблемы личного характера, которыми я недовольна».

Психолог с нарциссическими особенностями так описывал свои ощущения: «Я – особый человек, поэтому все на меня обращают внимание и завидуют мне. Это чувство особости заключается в том, что я, как профессионал, знаю все секреты людей, которые обращаются ко мне за помощью. Я чувствую себя управляющим марионетками, дергающим за веревочки и знающим, что будет дальше».

Отсутствие необходимых эмоциональных переживаний отражается не только на психологическом, но и на соматическом состоянии человека с нарциссическими особенностями. Снижается уровень его телесных ощущений, возникает некоторое отчуждение от собственного тела.

Один из пациентов описывал свое состояние примерно так: «Я иногда удивляюсь, разглядывая себя. Возникает ощущение, что я не имею к своему телу никакого отношения».

Такие состояния сопровождаются возникновением чувства значимости одной лишь психической сферы с отнесением природы соматической сферы к более «низкому» уровню. Поэтому в случае возникающего у девочек-подростков отказа от еды важно своевременно диагностировать наличие в их личностном профиле нарциссического компонента. Целью отказа от еды в данном случае является ощущение победы над своим телом. Относя себя к категории лиц с развитой волей, девочки считают свое поведение образцом победы над своими слабостями и испытывают чувство гордости от того, что они голодают. Они относятся к отказу от еды как спортивному достижению и голодают до кахексии.

В таком поведении усматривается желание подростков продемонстрировать родителям то, что они недооценивают своего ребенка, который, хотя и не может конкурировать с ними, но может заставить таким образом обратить на себя внимание.

Воспитание, которое приводит к развитию нарциссизма, содержит в себе определенную специфику. Лица с нарциссическими нарушениями воспитываются в семьях с характерными моделями воспитания.

В одной из таких моделей доминирующая мать воспитывает в ребенке чувство всевластия, особости, больших возможностей, но требует при этом, чтобы он вел себя определенным образом, многое запрещая ему. У ребенка формируют чувство обязанности быть на высоте и не подвести мать. Между ребенком и матерью присутствует тесная взаимосвязь.

Отец, как правило, не принимает должного участия в воспитании и часто является фигурой, которая периодически отсутствует и не вмешивается в семейные дела.

На каком-то этапе, примерно тогда, когда ребенку исполняется 4–5 лет, отец возвращается. Он налаживает тесные отношения с матерью, и ребенок начинает чувствовать себя брошенным матерью, которая предала его в связи с новыми отношениями с отцом. У ребенка возникает чувство покинутости, поскольку связь с матерью нарушилась. Ощущение психологического комфорта, обусловленное положением принца в семье, исчезает. Появляется дискомфорт, избавлением от которого служит возврат ребенка к детским инфантильным переживаниям и воспоминаниям того времени, когда ему было хорошо. Он фиксируется в воображении на этих переживаниях и не может избавиться от них. Таким образом формируется психологический механизм развития нарциссизма, который постепенно переходит в подростковое и во взрослое состояние в мало изменяющемся виде.

Вторая модель воспитания используется родителями из внешне благополучных семей, в которых отсутствуют достаточно последовательные отношения эмоциональной поддержки ребенка. Родители, чаще всего мать, стараются использовать ребенка как объект демонстрации благополучных семейных отношений. Ребенок выступает как витрина семьи. Его способности показывают в случаях прихода гостей и торжественных событий. Ребенка хорошо одевают, он демонстрирует особые знания и навыки. Например, ему внушают, что он/она должны быть музыкантом и заставляют музицировать в присутствии гостей. Другого ребенка просят проявить артистические способности, продекламировать, сыграть какую-то роль, рисовать и пр. Взрослые поддерживают эту игру и хвалят ребенка. Ситуация запечатлевается и переходит в разряд постоянных. Казалось бы, все идет хорошо, но механизм, направленный на поражение, включен. Ребенку «прививается» необходимость постоянного разыгрывания определенной роли, в противном случае он не получит к себе должного отношения. Если ребенок не справляется с ситуацией, или бастует, отказываясь играть в предложенную ему игру, его осуждают, унижают и наказывают прямо или косвенно.

Третья модель, которая ведет к развитию нарциссических нарушений, характеризуется наличием элементов престижного воспитания и эмоционально теплых отношений к ребенку. Ему оказывается эмоциональная поддержка, но основной акцент делается на престиже. Через некоторое время ситуация резко меняется. Появляется какой-то новый фактор, который полностью разрушает прежнюю ситуацию, делает ее совершенно иной. Одной из таких причин может быть потеря семьей престижа. Членов когда-то образцовой семьи, на которых обращали внимание и с которыми хотели поддерживать отношения, теперь стали бояться и избегать. Те, кто раньше приходил в гости, приносил подарки и восхищался им, изменили к нему свое отношение. Ребенок чувствует эту ситуацию и у него возникает сильная психологическая травма. Такая травматизация приводит к реакции гиперкомпенсации. У ребенка формируется нарциссическая защита, с помощью которой он старается преодолеть сложившуюся ситуацию.

Согласно исследованиям И. Плакун [38], нарциссические расстройства у женщин, по сравнению с мужчинами, характеризуются большей частотой установления внешне симбиоти-

ческих отношений с другими людьми. Женщины стремятся к симбиозам, увеличивающим их признанность обществом и с этой целью они включают «Я» партнера в свое собственное «Я». Возникающие при этом отношения носят экстернализированный характер, являясь фасадом, привлекательным для других. Особой глубины в межличностных отношениях с партнером при этом не возникает из-за страха интимности. Каждая из сторон в этих отношениях существует сама по себе.

Одним из факторов, осложняющих психоаналитическую коррекцию нарциссических пациентов, по мнению З. Фрейда [8], является отсутствие переноса. Классические психоаналитики оценивают перенос как эмоциональное сердце анализа, поэтому необходимо, чтобы такой перенос происходил. Его отсутствие у этой группы пациентов обусловлено их чрезмерной поглощенностью собой. Они отказываются от переноса также потому, что воспринимают его как поражение и необходимость отказа от самозначимости.

Изучая шизофрению, З. Фрейд пришел к выводу, что заболевание представляет собой патологический феномен, в котором проявляются нарцисстические механизмы, поскольку при этом нарушении либидо полностью оторвано от внешних объектов, например, от людей, от каких-то других ситуаций и направлено внутрь человека, на его ego. По этой причине налаживание каких-либо контактов становится невозможным даже в фантазиях. Точка зрения З. Фрейда впоследствии вошла в психоаналитическую концепцию шизофрении.

Психотерапия лиц с нарциссическими особенностями требует преодоления нарциссических сопротивлений. Для осуществления поставленной задачи З. Фрейд [8] рекомендовал постоянные повторения для того, чтобы многократно конфронтировать пациента с его эгоцентризмом и чувством превосходства. Необходимо постоянно демонстрировать пациенту, что его позиция лишена смысла, и что он напрасно ждет от специалиста какого-то особого отношения к себе, т. к. его стремление пользоваться привилегиями на самом деле не имеет достаточных оснований.

Можно пытаться разрушать грандиозность пациента путем использования шуток, иронического подхода, попыток формирования у него юмористического отношение к себе. К сожалению, это не всегда удается. В ответ сам пациент может стать саркастическим, агрессивным и проявить издевательское отношение к аналитику.

Обращенность либидо вовнутрь, характерная для нарциссических пациентов, приводит к сравнительно частому появлению у них ипохондрических идей. Это одна из черт нарциссизма, на которую не обращается внимания в современных классификациях. Лица с нарциссическими особенностями часто думают, что они страдают тяжелой болезнью и начинают фиксироваться на неприятных ощущениях в теле. Они могут подолгу рассматривать себя в зеркале, находя признаки особой бледности, круги под глазами, считая это признаками нездоровья. Вместе с тем, свойственная нарциссическим личностям ипохондричность, связанная с придуманными ими нарушениями, не проявляется по отношению к действительно существующим у них заболеваниям. Если у нарциссического пациента развивается настоящая болезнь, он долго не обращает на нее никакого внимания, игнорируя ее признаки. Наряду с этим, у этого же человека выступают черты ипохондричности к воображаемым болезням.

Современный взгляд на терапию нарциссических личностных расстройств изменился. Х. Кохут [26] подчеркивает, что с нарциссическими пациентами следует обращаться не так, как рекомендовали классические психоаналитики. За фасадом грандиозности пациентов необходимо видеть самодеструктивность. Эта особенность приводит к легкости возникновения состояний отчаяния. Попытки конфронтации этих пациентов с ситуациями, которые демонстрируют их неадекватность, отсутствие достоинства и т. д., не дают положительных результатов, приводят к отказу от психотерапии или развитию состояний агрессивности, нарциссической ярости с последующей депрессией. Поэтому автор рекомендует значительно более осторожный подход к этим людям, считая, что при психотерапевтическом контакте следует не разрушать

основное ядро грандиозности, а стараться каким-то образом использовать то, что предлагает сам пациент. Следует работать над улучшением адаптации, не разрушая структуры личности, а обращая внимание на решение конкретных проблем в отношениях с людьми.

По мнению Х. Кохут, нарциссические пациенты в процессе контакта с психотерапевтом могут идеализировать его. При этом используется механизм, в соответствии с которым пациент выбирает какую-нибудь фигуру и старается слиться с ней, руководствуясь принципом, что он – это мое идеальное «Я». Аналитик может стать таким идеальным «Я» для пациента, поскольку он с ним не конкурирует. Некоторые пациенты видят в психотерапевте зеркало, которому можно все рассказать и получить обратную реакцию в виде отражения своих действий, концепций и пр. Когда зеркальное отражение разрушается, они оказываются в изоляции. Ответом является отрицательная реакция. Иногда пациент видит в психотерапевте какие-то черты, напоминающие ему самого себя. Это двойниковое отношение также может быть использовано в процессе психотерапии.

Проведение психоаналитической терапии с нарциссическими пациентами обычно затруднено. В разговоре с аналитиком они, фактически, слушают самих себя. Интерпретации аналитика не воспринимаются или воспринимаются формально и поверхностно. Создается впечатление, что, приходя на терапию, эти пациенты делают одолжение аналитику. Специалисту следует опасаться контрпереноса с негативным отношением к пациенту.

Нарциссической личности трудно наладить контакт с психотерапевтом из-за страха обнажить свою слабую сторону. Часто возникают ситуации, при которых человек обращается за помощью и сразу же включает нарциссический механизм. У аналитика возникает вполне уместный вопрос о том, зачем человек обратился к нему? Вместо ответа на вопрос включается ролевое поведение. Пациент придумывает причину прихода, далекую от истинной, т. к. не может позволить себе сказать правду и продемонстрировать слабые стороны своей личности. Правда связана с угрозой разрушения его системы ценностей. Трудно признать, что кто-то превосходит его хоть в чем-то.

Коррекционные подходы к нарциссизму во многом определяются исходными теоретическими предпосылками об этиологии и развитии этого процесса, с учетом основного расхождения между концепциями Х. Кохута и О. Кернберга. Как уже указывалось, Х. Кохут рассматривал патологический нарциссизм как следствие развития, имея в виду, что процесс созревания происходит вначале нормально, а затем встречается с затруднениями в удовлетворении нормальной потребности в идеализации [24, 25, 27].

О. Кернберг [17, 18] анализирует нарциссизм структурально, считая, что нарушение возникает очень рано, в результате чего у субъекта закрепляются примитивные формы защиты. Процесс отличается от нормы в большей степени качественно, чем количественно.

В целом нарциссическая личность, по Х. Кохуту, метафорически является «растением», рост которого в критические периоды был задержан недостатком воды и солнечного света. Нарциссическую личность, по О. Кернбергу, можно, соответственно, сравнить с растением, которое мутировало в гибрид [19].

Н. Маквильямс [34] указывает, что эти различные теории приводят к разным подходам в терапии. Следуя названным метафорам, сторонники Х. Кохута акцентуируют внимание на необходимости предоставить «растению» большее количество воды и солнечного света. Приверженцы концепции О. Кернберга предлагают «обрезать» отклоняющиеся от основного ствола латеральные части для того, чтобы «растение» стало нормальным.

Сторонники Х. Кохута акцентируют внимание на значении постоянной эмпатической связи аналитика с переживаниями пациентов и благожелательного, искреннего восприятия их идеализации или девальвации.

Последователи О. Кернберга фиксируются на постоянной конфронтации с феноменом грандиозности и систематической интерпретации психологических защитных реакций. О.

Кернберг [16] в то же время предупреждает об опасности последствий столкновения с нарциссическим пациентом, принимая во внимание значение латентного состояния дефамации (принижения, очернения). Поэтому О. Кернберг подчеркивает важность работы с негативным переносом и помощи в развитии у нарциссической личности адекватной заботы и чувства вины по отношению к тем, кого нарцисс бездумно травмирует.

Н. Маквильямс [34] и ее коллеги, исходя из собственного опыта работы с нарциссическими пациентами, пришли к заключению, что рекомендации Х. Кохута более применимы по отношению к пациентам со значительно выраженными расстройствами погранично-психотической ранжировки. Автор считает, что нарциссические пациенты, столкнувшись в процессе терапии с отсутствием эмпатии у аналитика, чувствуют себя опустошенными. Единственным способом «залечить» эту рану является необходимость выражения специалистом искреннего сожаления и сочувствия.

Ранние психоаналитики, как и З. Фрейд, считали, что нарциссические пациенты не способны к формированию переноса, т. к. вся их либидинозная энергия направлена внутрь, на «Я». Этим объяснялась крайняя затруднительность аналитической терапии. Современная теория признает образование переноса нарциссами, но подчеркивает, что этот перенос отличается от развиваемого другими пациентами.

Уже в начале терапии аналитик фиксирует отсутствие интереса пациента к интерпретациям переноса. Вместе с тем, нарциссические личности проявляют сильные реакции на аналитика. Им свойственна его идеализация или, наоборот, принижение. Своеобразие этих реакций в том, что они не анализируются пациентами и существуют как бы сами по себе. Вопросы аналитика о том, как пациенты относятся к нему и воспринимают его, вызывают реакции раздражения или смущения. Пациентов выводит из себя проявление интереса к ним. Реакции пациента, как правило, настолько едо-синтонны, что становятся недосягаемыми для исследования. Попытки отделить их реакции от ego не всегда успешны. В любом варианте идеализации или девальвации аналитика нарциссические пациенты продолжают испытывать убежденность в первичной объективности своих оценок. Все действия аналитика воспринимаются лишь в плане подтверждения исходно положительного или отрицательного отношения к нему.

Н. Маквильямс [34] считает, что контрперенос на нарциссический перенос включает «скуку, раздражение, сонливость и нечеткое чувство, что в терапии ничего не происходит». Автор описывает типичный комментарий психоаналитика по поводу поведения одной из его нарциссических пациенток: «Она приходит раз в неделю и рассказывает о новостях… критикует мою одежду, игнорирует все мои интервенции, и уходит. Зачем и почему она продолжает свои визиты? Что она от этого получает?»

Задачей аналитика является осторожное подталкивание пациентов к осознанию особенностей структуры их психики и поведения. При этом необходимо тщательно отслеживать на эмпатическом уровне реакции пациентов на интерпретации, предупреждать ситуации, когда возникающее чувство стыда может привести к прекращению лечения или их уходу в себя. Необходимо учитывать, что нарциссические пациенты не проявляют активности в самораскрытии, ни о чем не просят, считая, что таким образом они показывают свою латентную недостаточность.

Х. Кохут [24] описывает три варианта переноса при анализе нарциссических пациентов: зеркальный, идеализируемый и двойниковый. Для того чтобы «воспринять» терапию, пациенту необходима определенная «доза» соответствия между его установками, ожиданиями и содержаниями терапии. «Преследующая» тактика аналитика, который на слишком раннем этапе терапии атакует и пытается разрушить фантазии нарциссического пациента, приводит лишь к увеличению нарциссической раны [32].

Пациентам нужно помогать справляться с проблемой нарциссической ярости, ориентируя их на то, что сама по себе терапия без их активного участия будет недостаточной.

Дж. Холмс [13] приводит несколько основных принципов, которые могут быть использованы при аналитической терапии нарциссизма. К ним, в частности, относятся:

1. Терапевт должен акцептировать идеализацию его отношения с пациентом и в то же время не бояться бросать вызов отрицанию пациентом его скрытой диффамации (чувства очернения, принижения).

2. Терапевту следует избегать использования своего положения для усиления низкой самооценки пациента.

3. Следует избегать ситуаций столкновения взаимного восхищения.

4. Поддержка нарциссизма пациента может быть включена в терапевтическую стратегию, особенно в противодействии компульсивному негативному нарциссизму и самоочернению. Терапевт должен найти способ противодействия попыткам пациента принизить себя.

5. Терапевт должен обладать способностью установления границ как по отношению к требовательности «тонкокожего», так и ярости «толстокожего» нарцисса.

6. Существует пропасть между реальным и идеальным «Я». В случаях амбивалентного, «эхоического», негативного, «сверхбдительного» типа эта пропасть слишком велика. Нарциссический забывчивый толстокожий тип характеризуется слиянием ego и ego-идеала. Задачей терапевта является сужение пропасти в первом варианте (помощь в нахождении и принятии хороших качеств у себя) и разделение ego и ego-идеала (помощь в восприятии пациентом своих поражений) во втором варианте.

Точные данные о встречаемости НЛР отсутствуют. М. Стоун [45] оценивает распространенность НЛР как менее 1 % в общей численности населения. У пациентов клиники количество НЛР может достигать 3 %.

Наиболее типичными ego-защитами являются идеализация и девальвация, в меньшей степени – проекция и идентификация.

В художественной литературе и кинофильмах можно найти ряд персонажей с выраженными нарциссическими чертами. К ним относятся, например, Дориан Грей в романе «Портрет Дориана Грея» Оскара Уайльда. Фанатик серфинга генерал Килгор (Kilgore) (его роль исполняет Robert David) в фильме «Апокалипсис сегодня» («Apocalypsis Now»). Метеорепортер в фильме «День сурка», посланный для снятия праздника в Пенсильванском городе со странным названием Punxsutawney (его роль сыграл Билл Мюррей (Bill Murray). Персонаж до развития феномена повторения времени и событий проявляет выраженные эгоцентрические нарциссические особенности.

Список литературы

1. *Abraham, K.* Selected Papers of Karl Abraham. London, Hogarth Press, 1973.

2. *Balint, M.* Thrills and Regressions. London, Hogarth Press, 1959.

3. *Balint, M.* The Basic Fault. London, Hogarth Press, 1968.

4. *Balint, A.* «Commentary». Psychoanalytic Dialogues, 1991, 1.4, 423–430 p.

5. *Bateman, A.* Thick and Thin-Skinned Organizations and Enactment in Borderline and Narcissistic Disorders. In: International Journal of PsychoAnalysis, 1998. v. 79. 13–26 p.

6. *Bergmann, M.* The Anatomy of Loving: The Story of Man's Guest to Know What Love is. New York: Columbia University Press, 1987.

7. *Bruch, H.* The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa. Cambridge. Mass. Harvard University Press, 1978.

8. *Freud, S.* On Narcissism: An Introduction. London SE, XIV, 1967, 75–76 p.

9. *Fairbairn, R.* Collected Papers. London, Hogarth Press, 1952.

10. *Gabbard, G.* Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice/ the DSM – IV Edition American Psychiatric Press Inc., Washington, DC, 1994.

11. *Gabbard, G.* Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington, American Psychiatric Press, 1996.

12. *Goldberg, A.* Disorders of Continuity. Psychoanalytic Psychology, 1990, 7, 13–28 p.

13. *Holmes, J.* Narcissism. In: On a Darkling Plain., Cambridge, Icon Books, 2002. – 173–203 p.

14. *Jones, E.* The God Complex: The Belief that One is God, and the Resulting Character Traits. In Essays in Applied Psycho – Analysis Vol. 2, London, Hogarth Press, 1951.

15. *Kernberg, O.* Borderline Personality Organization. Journal of the American Psychoanalysis Association, 1967. 15, 641–685 p.

16. *Kernberg, O.* Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: New York Universities Press, 1975.

17. *Kernberg, O.* Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. New York: Aronson, 1976.

18. *Kernberg, O.* Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven: Yale University Press, 1984.

19. *Kernberg, O.* An Ego Psychology Object Relations Theory of the Structure and Treatment of Pathologic Narcissism. An Overview. Psychiatric Clinics of North America, 1989. 12, 723–729 p.

20. *Kernberg, O.* Aggression and Love in the Relationship of the Couple. Journal of the American Psychoanalytical Association, 1991. 39, 45–70 p.

21. *Klein, M.* The Oedipus Complex in the Light of Early Anxieties. In Live, Guilt and Reparation and Other Works (1921–1945). London: Hogarth Press, 1975. 370–479 p.

22. *Klein, M.* Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant. In Developments, 1952. 2, 206 p.

23. *Kohut H., Seitz, P.* Three Self Psychologies – or One? In: Goldberg, A (ed.) The Evolution of Self Psychology: Progress in Self Psychology.v.7. Hillsdale, N.Y.: Analytic Press, 1963, p. 20.

24. *Kohut H., H.* The Analysis of the Self: a Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of the Narcissistic Personality Disorders. New York: International Universities Press, 1971.

25. *Kohut H., H.* The Psychology of the Self. New York: International Universities Press, 1971.

26. *Kohut, H.* Narcissismus – Eine Theorie der Psychoanalytischen Behandlung Narcissistischer Personlichkeitsstorungen. Frankfurt: Suhrkamp, 1973.

27. *Kohut, H.* How Does Analysis Cure? (Goldberg, A., Stepansky, P., Eds.) Chicago: University of Chicago Press, 1984.

28. *Koenigsberg, H., Kernberg, O., Stone, M., Appelbeum, A., Yeomans, F., Diamond, D.* Borderline Patients: Extanding the Limits of Treatability New York, Basic Books, 2000.

29. *Laplanche, J., Pontalis, J-B.* The Language of Psychoanalysis. London: Karnac Books, 1988.

30. *Lash, C.* The Culture of Narcissism. New York, Doubleday, 1979.

31. *Lowen, A.* Narcissism. Denial of the True Self. New York, Collier Books, 1985.

32. *Meares, R., Hobson, R.* The Persecutory Therapist In: British Journal of Medical Psychology, 1977. v. 50, 349–359 p.

33. *McWilliams, N., Lependorf, S.* Narcissistic Pathology of Everyday Life: The Denial of Remorse and Gratitude. Journal of Contemporary Psychoanalysis, 1990. 26, 430–451 p.

34. *McWilliams, N.* Psychoanalytic Diagnosis. New York, London: Guilford Press, 1990.

35. *Millon, T., Grossman, S.* Psychopathologic Assesment Can Usefully Inform Therapy: a View from the Study of Personality. In J. Magnavita (Ed) Handbook of Personality Disorders. Hoboken, NY., Wiley, 2004. 24–55 p.

36. *Mollon, P.* The Fragile Self. London: Whurr, 1993.

37. *Mollon, Ph.* The Unconscious. In: On a Darkling Plain. I. Ward (ed.) Duxford. Cambridge, 2002. 33.

38. *Plakun, E.* (Ed.), New Perspectives on Narcissism. Washington, DC.: American Psychiatric Press, 1990.

39. *Reich, W.* In Reich Character Analysis (3 ed.) New York, Noonday Press, 1945.

40. *Rosenfeld, H.* Psychotic States: A Psycho-Analytic Approach. New York: International Universities Press, 1965.

41. *Rycroft, C.* Critical Dictionary of Psychoanalysis. London: Penguin, 1972.

42. *Rubin, Th.* Goodbye to Death and Celebrations of Life. Event, 1981. v. 2. № 1, p. 64.

43. *Schafer, R.* Bad Feelings. New York, Other Press, 2003.

44. *Stern, D.* The Interpersonal World of the Infant. New York, Basic Books, 1985.

45. *Stone, M.* Treating the Wealthy and Their Children. International Journal of Child Psychotherapy, 1972. 1, 15–46 p.

46. *Stone, E.* American Glossary. Washington American Psychiatric Press, 1988.

47. *Symmington, N.* Emotion and Spirit. London, Karnac, 1993.

48. *Winnicott, D.* Through Paediatries to Psychoanalysis. London, Hogarth, 1958.

49. *Winnicott, D.* The Capacity To Be Alone. In The Naturational Process and the Facilitating Environment. New York, International Universities Press, 1958.

50. *Winnicott, D.* Ego Distortion in Terms of True and False Self. London, Hogarth, 1960.

51. *Winnicott, D.* Ego Integration in Child Development. In The Maturational Processes and the Facilitating Environment. New York, International Universities Press, 1962. 56–63 p.

52. *Winnicott, D.* Playing and Reality. Middlesex, Penguin, 1971.

53. *Winnicott, D.* «Communicating and Not Communicating Leading to a Study of Certain Opposites». In the Naturational Process and the Facilitating Environment. New York, International Universities Press, 1993.

Гистрионическое личностное расстройство

Слово «гистрионический» происходит от латинского «histrio», в свою очередь заимствованного из этрусского языка понятия «актер на сцене». Таким образом, «гистрионический» обозначает театральный, сверхэмоциональный и, в отличие от термина «истерический» (от слова hysterus – матка), не подчеркивает гендерную предпочтительность. «Истерия» была широко распространенным диагнозом в конце XIX и начале XX века, преимущественно у женщин. Илэйн Швальтер (Schwalter E.) [10] указывает, что в то же время «истерия» стала преобладающим дискриминирующим термином, употребляющимся с целью подчеркнуть, что «сумасшествие присуще женщинам».

Термин «гистрионический» выступает как замена термина «истерический», в связи с тем, что последний получил бытовое распространение, оскорбительное для пациента. Понятие «гистрионический» употребляется в двух смыслах. С одной стороны, это характеристика каких-то состояний, которые могут проявляться кратковременно в виде различных гистрионических, истерических признаков или симптомов. С другой – это состояние (личностное расстройство), которое представляет собой определенную организацию личности. В классификации DSM-IV выделяется ряд признаков, характерных для гистрионического личностного расстройства (ГЛР), кроме того, обращается внимание на не относящиеся к этому расстройству психические нарушения конверсионного и диссоциативного характера. Значимость такого выделения чрезвычайно важна, потому что часто в случае диагностики конверсионного расстройства делается заключение, что этот пациент относится к гистрионической (истерической) личности, что не является правильным. Эти состояния могут сочетаться, а могут и нет. То же самое относится к диссоциации.

Гистрионическим личностям присущи чрезмерная эксцессивная эмоциональность и поиск внимания. Выделяется ряд признаков, четырех из которых достаточно для клинической диагностики гистрионического личностного расстройства:

1. Лица с гистрионической организацией личности постоянно ищут и требуют от окружающих положительной оценки (одобрения, подтверждения правильности своих действий, своих качеств). Поиск положительных подкреплений объясняется тем, что в ситуациях общения эти люди стараются стянуть на себя внимание окружающих. Например, более громко, чем другие, разговаривают, громко смеются, что-то восклицают, хохочут и др. Если их действия не вызывают ответной реакции, могут «выкинуть еще какой-нибудь номер», что-нибудь разбить и прочее с целью любой ценой сконцентрировать внимание на себе. Главное – не оказаться в одиночестве. Им важно, чтобы рядом с ними кто-то был, слушал только их, проявлял в их адрес знаки расположения.

2. Они неадекватно сексуально соблазнительны в поведении, одежде, внешнем виде, во всем, что не может не остаться без внимания окружающих. Даже если то, что они делают, не соотносится с общепринятыми нормами и правилами и является вызовом, это не меняет их планов.

3. Чрезвычайная концентрированность на собственной физической привлекательности. Даже в момент расслабленного состояния они не перестают думать об этом. Эта сверхдоминантная идея занимает все их время. Поэтому они так болезненно реагируют на критические замечания в адрес своего внешнего вида.

4. Неадекватное, преувеличенное выражение эмоций. При встрече с малознакомыми людьми они могут обниматься с ними так, как будто давно их знают; проявляют эмоции радости по совершенно незначительному поводу. Таким же образом выражаются отрицательные эмоции. Они плачут, всхлипывают, заламывают руки по различным мелким, сентиментальным случаям и событиям, безудержно рыдают. Эти состояния обычно кратковременны и довольно

быстро сменяются другими, во время которых они приходят в себя и ведут себя таким образом, как будто ничего не происходило. Отрицательное состояние может смениться противоположным. Это создает впечатление неискренности, игры, ролевого поведения.

5. Они чувствуют себя крайне дискомфортно во всех ситуациях, в которых не являются центром внимания. С целью изменения расстановки сил, могут вести себя вызывающе, устраивать конфликты, «сцены» и т. д.

6. Проявляют внезапное изменение эмоциональных выражений. В отличие от пограничных личностей, лица с гистрионическим личностным расстройством в эмоциональных выражениях демонстрируют «плоскость» и отсутствие глубины эмоций.

7. Они очень эгоцентричны, действуют по принципу немедленной сатисфакции желаемого со стремлением тут же получить то, что хотят. Им трудно ждать, проявлять терпение, отложить удовлетворение своих желаний. Они не толерантны к затруднениям. В отличие от пограничных лиц, во время приступов импульсивного поведения, не совершают опасных для своей жизни и жизни окружающих поступков.

8. Их речевая продукция чрезвычайно импрессионистична. В употребляемых речевых оборотах отсутствуют конкретные детали, четкая специфика происходящего, они ограничиваются поверхностными характеристиками, например: «Я познакомилась с вашей родственницей, она произвела на меня такое необычное, огромное впечатление! Это прекрасный человек!»; «Вы видели его последний фильм? Как вам понравился актер? Не правда ли, он великолепен?»

К вышеперечисленным признакам, которые характеризуют гистрионическое личностное расстройство, согласно классификации DSM-IV, можно добавить следующее. Гистрионически организованные лица гиперсенситивны и проявляют социофилию (стремление к социальному общению), в отличие от более избирательных в общении пограничных и нарциссических лиц.

Т. Миллон [8] анализирует основную особенность ГЛР, называемую им «гистрионическим стилем», проявляющуюся в различных «Я»-объектных отношениях. Автор описывает пациентов с ГЛР как эмоциональных, но поверхностных в межличностных контактах, разъединенных в «морфологической организации»: использующих диссоциативные механизмы психологической защиты. (Под «разъединенностью» Т. Миллон имеет в виду «психическую организацию, в которой процессы внутренней регуляции и контроля рассеяны и плохо интегрированы» [8, с. 364].)

Эти лица «неустойчиво» когнитивны, не склонны опираться на когнитивные функции в их отношениях с другими людьми, с реальностью в целом. Т. Миллон подчеркивает также такие черты, как поиск острых ощущений («аффектируемость»), склонность к флирту, гедонистичность и слабо представленное стремление к самоанализу. Пациенты с ГЛР «неметодичны», непунктуальны; они плохо справляются с рядом «взрослых» обязанностей, касающихся учета, контроля за расходованием денег, планирования и т. д.

Диссоциативные защиты включают использование «очаровывающего» поведения, создание привлекательного фасада для обезоруживания людей, критикующих их или потенциально в этом отношении опасных. У них хорошо развит навык отвлекать себя от неприятных эмоций в связи с конфликтами, трудными для разрешения ситуациями, неудачами, психическими травмами. Наряду с диссоциацией, для блокирования осознания неприемлемых желаний используется репрессия.

Р. Иссер (R. Easser) и Р. Лессер (R. Lesser) [3] на основании опыта психотерапии пациентов с ГЛР предостерегают от опасности для терапевта попасть в «нежную ловушку», которую эти лица часто конструируют, проявляя различные варианты сочетанного со страхом кокетливого сексуализированного поведения. О. Финихель (O. Fenichel) [4], касаясь этой стороны вопроса, говорил о «псевдогиперсексуальности». В структуре последней присутствует супрессированная (подавленная на сознательном уровне) сексуальность, которая возникает в слегка

замаскированной форме в виде кокетства и быстро преходящего, но интенсивного энтузиазма. Уход от реальности в мир фантазий также связан с этим феноменом, что может приводить к созданию и развитию пациентками/пациентами «внутреннего мира» со сложными динамическими переживаниями. Эмоции в таких случаях не фиксируются первично на объектах/событиях внешней реальности (или диссоциируются от нее), а «обслуживают» внутренние сценарии.

Пациенты с ГЛР обычно сохраняют детский «Я»-имидж, со свойственным ребенку очарованием и неопытностью, что может помочь им завоевать симпатии значимых людей. Многие пациенты воспитывались в семьях, где родители, очевидно, неосознанно создавали ситуации «двойной связки» Г. Бэйтсона (G. Bateson) в вопросах сексуальной тематики. Один или оба родителя говорили о сексе как о чем-то грязном и неприемлемом, но в то же время вели себя так, как будто это явление очень возбуждающе и желаемо. Такая позиция отражает имитированную «вынуждаемость» или «одолжаемость» вступления в сексуальные отношения как результат настойчивости партнера/партнерши при сохранении исходной позиции нежелания, скрываемого за поверхностным флиртом, холодности и эмоционального неучастия. Секс разрешается при условии его диссоциации от «Я».

Р. Иссер и Р. Лессер [3] считают, что «интенсификация и преувеличенное выражение эмоций могут быть использованы в качестве психологической защиты против когнитивного распознавания внутренних конфликтов».

Поведение лиц с гистрионическим расстройством, очевидно, во многом связано с характером родительского воспитания (парентинга). Так, например, свойственная пациентам с ГЛР эмоциональность и стремление быть соблазнительными непосредственно отражают поведение родителей, когда в отношениях между отцами и дочерьми позволено проявлять свои эмоции значительно в большей степени, чем в отношениях с мальчиками. Стремление акцентуировать свою привлекательность во взрослом возрасте у женщин с ГЛР является в этом контексте выражением бессознательного желания воссоздать комфортную прежнюю детско-подростковую ситуацию отношений в семье.

М. Стоун, изучая смешанные варианты ГЛР, пришел к заключению, что зависимые и мазохистские черты достаточно часто сопровождают ГЛР. Сочетание признаков ГЛР, зависимых и мазохистских черт не является случайным и отражает наличие объединяющего их радикала – стремления играть роль зависимого и/или страдающего ребенка (в последнем варианте страдание является «платой» за запрещенное сексуальное удовольствие) и делать себя более привлекательными для присутствующего в воображении сильного «спасителя». Пациенты с ГЛР обычно обнаруживают экстравертивные черты поведения в поиске острых ощущений. В то же время среди индивидуумов, приближающихся к пограничному уровню расстройств, наблюдались черты внешней стеснительности и избегания. М. Стоун выделяет синдром «истерической дисфории» у пациентов со смешанной формой личностного расстройства, в котором присутствуют черты ГЛР, ПЛР и депрессивного личностного расстройства.

Относительно редко встречаются случаи сочетания гистрионических и шизоидных черт. М. Стоун описывает пациентку, которая в детстве находилась в инцестуозных отношениях с отцом и матерью. Пациентка во взрослом возрасте представляла любовную смесь соблазнительности, гиперсексуальности, эксцентричности, подозрительности, странной, но впечатляющей речи и магического мышления.

Большинство пациентов, описанных Хелен Дейч (H. Deutsch) [2] под термином «личность как будто», с точки зрения сегодняшней оценки, обнаруживают преимущественно гистрионические черты, при одновременном наличии нарциссических характеристик. Эти лица воспитывались, как правило, в состоятельных семьях, в которых они не находились в центре родительского внимания. Основной акцент в воспитании делался на внешней презентации, необходимости всегда производить хорошее впечатление на окружающих, соблюдать «хоро-

шую форму». Моральные качества, самодисциплина не принимались во внимание. Это приводило к тому, что дети ощущали недостаточность связи с родителями. Они были предоставлены своим желаниям, которые не контролировались родителями. В результате воспитывались личности «как будто» – с тенденцией вступать в кратковременные интенсивные любовные связи с частой сменой партнеров, приспособлением ко вкусам и системам ценностей последних, в надежде таким образом вызвать сильную эмоциональную привязанность к себе.

С этим связано само качество «как будто», т. е. как будто их личности находятся в гармонии с человеком, в котором они отчаянно нуждаются.

Х. Дейч [2] подчеркивает, что для личности «как будто» характерна поверхностность, быстро преходящие идентификации, искусственно стимулируемые эмоциональные состояния, характеризующиеся неискренностью и преувеличением. В этом контексте личности «как будто» в течение короткого времени могут, например, быть фанатиками правого толка, если человек, с которым они связаны, исповедует такие идеи, а после смены партнера/партнерши с таким же рвением провозглашать экстремистские левые взгляды в соответствии с установками нового избранника/избранницы. Вследствие отсутствия консолидированного внутреннего «Я» личности «как будто» способны легко переключаться между противоположными, исключающими друг друга подходами, без осознания яркого несоответствия.

Комбинация ГЛР и садистического личностного расстройства изображена у С. Моэма (S. Maugham) в повести «Бремя страстей человеческих» («Of Human Bondage», 1915). У главного героя на поверхности проявляются гистрионические черты, за которыми скрывается жестокий тиранический характер. М. Стоун описывал пациента с такими контрастирующими чертами – сосуществованием очарования, жестокости и мстительности. Пациент настолько тонко балансировал между этими состояниями, что практически было невозможно выяснить, где находится его настоящее «Я».

Д. Робинсон (D. Robinson) [9] описывает у большого количества пациентов/пациенток с ГЛР соматоформные расстройства и нарушения настроения. Автор также считает типичными смешанные случаи «перекрывания» ГЛР другими личностными расстройствами кластера «В».

С позиции психоанализа, пациенты с ГЛР фиксированы в ряду перехода между оральной и эдипальной стадиями. Здесь представляется возможным выделить для женщин следующие взаимосвязанные элементы:

1. Ребенок конституционально предрасположен к интенсивным эмоциональным реакциям, ему свойственна большая нуждаемость в контакте.

2. Имеет место неудовлетворенность матерью, оральные потребности не удовлетворяются.

3. Происходит девальвация матери как реакция на неудовлетворенные потребности в привязанности.

4. Ребенок обращается к отцу для удовлетворения потребности в зависимости: идеализация отца усиливается неудовлетворенными оральными нуждами.

5. Происходит обучение тому, что флирт и эксгибиционизм привлекают внимание.

6. Происходит фиксация на эдипальном уровне, имеет место конфликтный эротический аттачмент к отцу. Прогрессирует девальвация матери, себя и других женских фигур.

7. Продолжается сексуальный эксгибиционизм и подавление сексуальных импульсов по отношению к противоположному полу.

Эдипальный комплекс («комплекс Электры» у лиц женского пола) разрешается посредством репрессии сексуальных импульсов по отношению к родителю противоположного пола и идентификации с родителем своего пола. Такое разрешение конфликта у женщин с ГЛР не достигается в связи с тем, что они отказываются от идентификации с девальвированной матерью и подавляют сексуальность, желая на бессознательном и частично осознаваемом уровне оставаться «папочкиной любимой девочкой». Они также обучаются не возможности обладать

отцом и чувствуют, что отец «отбрасывает» их от себя. Ситуация усугубляется тем, что отец чувствует нарастающий психологический дискомфорт по мере того, как прогрессирует физическое и сексуальное созревание дочери. Развитие отношений характеризуется постепенным ослаблением эмоциональных отношений, «уходом» отца, что на эмоциональном уровне рано воспринимается дочерью и психологически травмирует ее.

Ряд авторов, таких как М. Холлендер (M. Hollender) [6], Дж. Мармор (J. Marmor) [7], в работах 1950–1970-х годов развивают идею о присущей этим людям двойной фиксации на оральном эротизме и эдипальном конфликте. Развитие ребенка в такой ситуации может проходить следующим образом.

Сенситивная, но неудовлетворенная маленькая девочка особенно нуждается в контакте, во взаимной тесной связи с матерью и материнской заботе в младенческом периоде. Она чувствует первичное разочарование по отношению к матери, которая не соответствует ее требованиям. Возникает ощущение неадекватности, опасности и отсутствия положительной оценки. В раннем периоде жизни чувство эмоциональной безопасности не формируется. В период приближения к эдипальной фазе она отделяется от матери, девальвируя ее значение. Интенсивная любовь девочки «отсоединяется» от матери и оказывается направленной на отца, который становится для нее более интересным и более возбуждающим объектом. Но, вместе с тем, она не может разрешить нормальный эдипальный конфликт, идентифицируя себя с матерью. С одной стороны, она все еще нуждается в матери, а с другой – отрицает ее значение. Возникающая в этот период дилемма характерна для эдипального уровня развития.

В результате фиксации на этом уровне в дальнейшем она продолжает считать мужчин сильными и возбуждающими, а женщин, включая себя, слабыми и малозначимыми. Поскольку она рассматривает силу как признак, присущий мужчинам, она оказывается ориентированной на мужчин, но на бессознательном уровне она ненавидит и завидует им. Стремление усилить чувство собственной адекватности и повысить самооценку заставляет ее «примыкать», проявлять интерес к мужчинам. Но в то же время она старается как-то наказать их за те преимущества, которые, с ее точки зрения, они имеют. С этой целью она использует свою сексуальность, которую воспринимает как единственный источник своей силы, и подключает свое «женское коварство» в воздействии на субъективно более слабых людей, для того, чтобы таким образом приобрести силу, добиться ее.

В то же время она боится мужчин, боится насилия с их стороны, поэтому лишает себя возможности получать максимальное удовольствие от сексуальных контактов. Гистрионические женщины в своем соблазнительном поведении не доходят до апогея, блокируют возможность получения оргазма. У них наблюдаются аноргазмия, фригидность, сексуальная анестезия и другие сексуальные дисфункции.

Женщины с гистрионической личностной организацией используют в качестве психологических защит репрессию (подавление) на бессознательном уровне, сексуализацию, для того, чтобы чувствовать себя в безопасности, и регрессию на более ранний детский уровень. Защита от возникающего при контакте с лицами противоположного пола страха производится при помощи диссоциативных защит.

Классические аналитики считают репрессию самым главным психическим процессом, присущим гистрионическим личностям. Они часто «забывают» травмы детского периода жизни, нюансы инцестных отношений, насилия. Внезапная актуализация детских психических травм сопровождается бурными эмоциональными реакциями с возможным появлением конверсионных симптомов. Поэтому психоанализ таких пациентов считает первичной психотерапевтической задачей устранение репрессии путем выведения на уровень осознания «забытого» материала.

Современный психоанализ уделяет этой проблеме такое же пристальное внимание, считая необходимым анализ раннего периода жизни пациента и реконструкцию его прошлого.

Д. Спенс (D. Spence) [12] подчеркивает важность обучения пациентов нарративному языку. Именно язык повествования, в отличие от присущего гистрионическим личностям импрессионистического языка, позволяет в процессе рассказа ввести события прошлого в ментальное поле, интегрировать травмы на новом уровне.

Следует обратить внимание на трудности, которые, очевидно, испытывал З. Фрейд при трактовке воспоминаний гистрионических личностей. Первоначальная точка зрения признанного мастера психоанализа сводилась к тому, что удачная попытка «вытащить» из бессознательной сферы пациента какие-то травматические воспоминания приводит к улучшению состояния, в случае их осознания. Обнаружив, что лица, с которыми проводится терапия, часто воспроизводят картины сексуальной травматизации в детстве, он стал относиться к этим воспоминаниям критически, считая их ложным воссозданием в воображении желаний, стремлений и намерений. По мнению З. Фрейда, ребенок вспоминает психологические травмы сексуального характера, отражающие его желания эдипального периода, которых в реальности не происходило. Объективно это приводило к тому, что во многих судебных случаях, когда уже взрослые люди обвиняли своих родителей или кого-то другого в осуществлении по отношению к ним в детстве сексуального насилия, процесс заканчивался вынесением решения не в пользу истцов, а в пользу ответчиков. Адвокаты при этом обычно ссылались на теорию классического психоанализа.

Пациенты с гистрионической организацией личности очень любят демонстрировать свои чувства. Демонстрация включает оценку людей, саморефлексию, активизирует такие чувства, как влюбленность. Они действительно часто стараются производить впечатление влюбленных и не стесняются изображать это чувство. Искренние и глубокие чувства при этом отсутствуют. Знающие их хорошо близкие люди не дают себя обмануть, понимая поверхность таких проявлений. Они констатируют, что это «все на продажу», «если бы вы ее поближе узнали, вы бы пришли к совершенно другому заключению». Лиц с ГЛР хватает на проявление эмоций в течение коротких промежутков времени, когда нужно сыграть определенную роль. Продлить такое состояние им не удается. Те, кто давно их знает, упрекают их в неискренности, безответственности, несерьезности, отсутствии отзывчивости, показном характере эмоциональных проявлений.

Гистрионические личности могут жаловаться на эротическую холодность и невозможность по-настоящему прочувствовать сексуальный интерес. У них обнаруживается, с одной стороны, стремление сексуализировать отношения, с целью произвести впечатление и привязать к себе партнера, а с другой – глубинный страх интимности. Помимо страха интимности и покидания, анализ лиц с ГЛР показывает наличие у них страхов двух содержаний. С одной стороны, они боятся, что значимый для них человек, от которого они зависят, покинет их, а с другой – у них присутствует страх интимности, поскольку в интимных отношениях они чувствуют себя неловко. Эта роль дается им с большим трудом. Люди, которые с ними связаны, ощущают эту холодность и неестественность.

Одним из вариантов психологических защит является регрессия. В ситуациях, когда они чувствуют себя неуверенно, когда возникает страх покидания, отбрасывания, когда их в чем-то заслуженно упрекают, появляется чувство не совсем осознаваемой вины. В результате регрессии они становятся беспомощными, напоминающими детей, обезоруживающими своей беззащитностью. Такой способ поведения используется по отношению к значимым для них людям. Они стараются вызвать к себе сочувствие, покровительственное отношение как к ребенку, которому прощают его вину. Делается это достаточно убедительно, внешне выглядит настолько естественно, что, по мнению некоторых авторов, в этих видах активности они «по-своему очаровательны».

Некоторые исследователи подчеркивают легкость возникновения у гистрионических личностей чувства выраженной тревоги, чем объясняется, например, возможность возникновения «стокгольмского синдрома».

В прошлом, когда этих лиц, очевидно, было больше, к их регрессии относились более отрицательно, считая таких людей просто обманщиками.

Присущая таким лицам неуверенность толкает их на контрфобические реакции типа: «Чем хуже – тем лучше», «Пускай, все равно все пропало!» Они психологически и физически могут приближаться к ситуациям, которых они бессознательно боятся (например, несмотря на страх интимных, сексуальных отношений, ведут себя соблазнительно).

Попытки демонстрировать себя, свое тело, происходят на фоне бессознательного стыда за себя. Стремление «стянуть» на себя внимание окружающих сопровождается бессознательным негативным самоощущением. Они стараются показать себя смелыми, раскованными, а иногда вызывающими, в то время как на бессознательном уровне считают себя хуже, слабее других и очень боятся агрессии.

Вышеперечисленные особенности не входят в классификаторы, но обнаруживаются у гистрионических личностей.

Когда ситуация становится неуправляемой, и им не хватает времени включить одну из таких психологических защит, как отрицание, репрессия, регрессия, проекция, внезапно возникают диссоциативные реакции. Частое использование диссоциативных механизмов позволяет каким-то образом редуцировать количество аффективно нагруженной информации, с которой нужно сразу справиться.

Одной из защитных реакций, характерных для гистрионичеких лиц, является диссоциация. Н. Маквильямс [13] выделяет особый тип личности, который называет «диссоциативными личностями». Изучение этой проблемы требует ее рассмотрения с позиций нарушения идентичности или множественного личностного расстройства.

В классической психиатрии этот феномен называется индифферентностью. Он дает возможность говорить об очень тяжелых вещах как о событиях, которые якобы их совершенно не касаются. Использование этого механизма обеспечивает возможность безучастного отношения к высокотравматичным эпизодам.

У лиц с гистрионическим личностным расстройством современные психоаналитически ориентированные специалисты выделяют проблемы в организации «Я»-системы – системы внутреннего ядра личности. Чувство «Я» у этих людей ассоциируется с образом маленького запуганного дефективного ребенка, который находится во враждебном мире, окруженном чуждыми и очень сильными людьми. Несмотря на то, что гистрионические личности внешне могут казаться манипулятивными и контролирующими, как, например, нарциссические личности, на самом деле им не хватает чувства внутренней силы.

Манипулирование другими направлено не на получение удовольствия, а на создание собственной психологической безопасности, на попытку создать островок уверенности в пугающем их мире, на стабилизацию самооценки. Поскольку самооценка часто зависит от конкретных ситуаций, особенно от восприятия лицами противоположного пола, возникает «прилипание» к идеализированному объекту. Примыкание не к простому, «среднестатистическому», а значимому человеку обеспечивает стабильность самооценки и жизнь под лозунгом: «Этот сильный человек – часть меня». В этом контексте развиваются многие и, прежде всего, сексуальные связи. Состоять в связи с достойным партнером эквивалентно приобретению его силы.

У лиц с ГЛР в определенных травмирующих ситуациях могут проявляться конверсионные симптомы, особенно тогда, когда какая-то конкретная ситуация чем-то напоминает забытую репрессированную травму. Физическое нарушение может иметь самые разнообразные проявления: от потери чувствительности до выраженных псевдоневрологических расстройств.

В отличие от пограничных личностей, лицам с ГЛР не свойственна внутренняя пустота. Внутренне они не индифферентны. Поскольку их буквально раздирают противоположные виды страхов: страх того, что их будут эксплуатировать, и в то же время страх покидания и отбрасывания, в случае слабой представленности этих амбивалентных страхов они чувствуют себя более уверенно, более естественно и оказываются в состоянии проявлять эмоциональную теплоту и заботу.

Для этого вида расстройства характерна склонность к преувеличенным эмоциональным реакциям, к драматизации происходящего, стремление испытывать сильные чувства; выраженный эгоцентризм и экстравертированность. Лица с гистрионическим расстройством общительны (социабельны), нуждаются в постоянном внимании к себе, в необходимости производить на других хорошее впечатление. Они стремятся быть в центре внимания, с целью получить похвалу, используя для этого разные средства, зависящие от возможностей. Такие лица практически постоянно играют определенную роль, настолько вживаясь в нее, что порой трудно разобраться, где же их настоящее «Я». Например, их способность производить впечатление сексуально соблазнительных людей с использованием соответствующего стиля поведения и внешнего вида производит ошибочное впечатление, т. к. в действительности в интимной сфере они проявляют холодность.

Носители гистрионического расстройства чрезвычайно озабочены тем, чтобы выглядеть соответствующим случаю образом. Свои эмоциональные реакции они выражают в преувеличенном виде, стараясь показать, например, не сам факт наличия радости, а себя в этой радости, демонстрируя себя радостным, хотя в действительности эмоции такой силы они не испытывают. С этой целью они используют восклицания и необходимые для этого внешние признаки, такие как драматизация, театральность в поведении, пытаясь показать наличие у них «переживаний». Несмотря на их старания, люди, хорошо их знающие и достаточно наблюдательные, видят неискренность и неестественность поведения, которое особенно раздражает близких и родственников, делающих им замечания типа «Как же ты можешь так себя вести?», что, однако, не приводит к изменению общего стиля поведения гистрионической личности.

Характерно постоянное стремление быть в центре внимания, что объединяет их с людьми, имеющими нарциссические особенности. Отличие заключается в том, ч то, если человек с нарциссическим нарушением, находясь в обществе, может «перенести» пребывание на «периферии», то гистрионические лица всегда стремятся быть в центре внимания, привлекая к себе окружающих замечаниями, восклицаниями, громкими фразами и смехом.

Они легко и быстро переходят от одного вида настроения к другому. Так, выражая крайнее сочувствие человеку, отвернувшись от него и подойдя к другому, тут же проявляют реакцию радости и восторга.

Им свойственна эгоцентричность, стремление к немедленному удовлетворению своих желаний и неадекватное переживание фрустрации. Наличие ситуаций, связанных с необходимостью отсрочить удовлетворение желания, вызывает переживания, эмоциональные реакции разочарования, неудовольствия, а иногда и гнева. Поведение носит импрессионистический характер. Речь таких людей изобилует фиксацией на деталях и общими оценками типа «это было замечательно», или «я посмотрел великолепный спектакль», «я познакомилась с необычайным человеком!»

Во взаимоотношениях с людьми ими часто используется эмоциональный шантаж. Например, разыгрывание гневных сцен, демонстрация слез, угроза покончить с собой часто встречаются у таких лиц. Сверхэмоциональность, преувеличенность реакций быстро истощает окружающих, старающихся установить барьер между собой и этими людьми. Появление барьера приводит к поиску гистрионическими лицами новых знакомых, новых зрителей. Демонстрируемые состояния они переживают лишь в незначительной степени, о чем свидетельствует быст-

рый выход из них с недоуменным вопросом: «Почему же другие помнят обо мне то, чего не помню я?».

Такие лица нередко обманывают самих себя, продолжая считать себя правыми, несмотря на то, что все факты свидетельствуют об обратном. Обманывая других, они защищают свою ложную позицию, вопреки здравому смыслу. Это поведение во многом напоминает поведение детей, поэтому окружающие иногда говорят о наличии у них незрелых эмоциональных реакций, что, в целом, не со всем точно отражает существо процесса.

Несмотря на реально существующее недостаточное эмоциональное участие в любовных отношениях, они склонны к демонстрации любви в присутствии большого количества свидетелей, хотя проблема сексуальной холодности для них чрезвычайно актуальна.

В. Шнейдер (B. Schneider) выделял в этой категории людей лиц, постоянно ищущих внимания, с выраженным стремлением создать впечатление своей необычности, сопровождающимся изощренными попытками показать себя именно с этой стороны.

В описаниях гистрионического расстройства имеется ряд признаков, объединяющих их с нарциссическим и антисоциальным расстройством. Отличием от последних являются отсутствие у ги-стрионических лиц склонности к правонарушениям и лабильный, гибкий, мягкий характер поведения.

Таким образом, лиц с гистрионическим личностным расстройством отличает поверхностная эмоциональность и постоянный поиск внимания. Эти люди находятся в постоянном поиске одобрения, положительной оценки и восхищения. У лиц с нарциссическими особенностями диагностируются аналогичные черты, но они проявляются на более глубоком уровне и в течение более длительного времени. Нарциссическая личность выбирает для себя особую среду, создает зону комфорта, состоящую, как правило, из двух – трех человек, входящих в группу поддержки, которая поддерживает чувство грандиозности на протяжении относительно длительного периода времени.

Гистрионическая личность направлена на то, чтобы произвести лишь кратковременное впечатление. Это сочетается с неадекватной сексуальной соблазнительностью во внешнем виде и поведении, что не типично для нарциссических личностей. Лица с нарциссическими особенностями крайне осторожны в этом плане. Они считают, что вхождение в сферу достаточно глубоких интимных отношений может повредить их карьере, потребует от них больших временных затрат, что будет препятствовать их успеху. Поэтому они часто предъявляют претензии сексуальному партнеру/партнерше, что те отвлекают их от главного и заставляют эмоционально выкладываться и истощаться. Самоубежденность в том, что поведение партнера обижает его и выглядит как скрытая стратегия по причинению вреда, приводит к разрушению отношений.

Лицам с гистрионическим личностным расстройством такое поведение не свойственно.

М. Стоун выделяет несколько типичных для ГЛР «тем». Они включают: эмоциональную нестабильность, эгоцентричность (тщеславие, внушаемость), зависимость, склонность к драматизированию, эксгибиционизм, сексуальную провокативность, страх сексуальности, гиперреагирование/незрелость.

Наиболее часто ego-запреты вызывают репрессию, регрессию, диссоциацию, сексуализацию (придание многим действиям, людям и объектам сексуального значения) и отрицание, выражающееся в избегании многих болезненных аспектов реальности.

Репрессия выступает в виде двух форм – первичной и вторичной.

Первичная репрессия относится к процессу, в результате которого определенные мысли и чувства не допускаются в сознание.

Вторичная репрессия представляет собой исключение из сознания того, что когда-то было сознательным переживанием.

Гистрионические пациенты со свойственным им когнитивным стилем легко используют репрессию и отрицание. Переживания возникают в памяти фрагментарно или в расплывчатой «импрессионистической» форме, что само по себе облегчает репрессию. Характерна для ГЛР легкая отвлекаемость внимания, возможность не фиксироваться на каких-то переживаниях, «отделываться» от них и, вообще, отрицать их наличие. Стоун дифференцирует репрессию от отрицания на основании того, что репрессия защищает от внутренних переживаний, в то время как отрицание блокирует осознание внешней реальности. Проявления репрессии устанавливаются в ситуациях активации бессознательного страха или чувства вины. Возвращение к детскому состоянию беспомощности может иметь целью обезоружить потенциально опасных людей или лиц, пренебрегающих пациентами. Предрасполагают к возникновению диссоциации высокий уровень бессознательной вины, тревога, страх агрессии или отвержения, врожденная предрасположенность к интенсивным эмоциональным реакциям. Эмоционально нагруженные ситуации легко поглощают пациентов и вызывают защитную готовность к отстранению от них посредством диссоциации. Диссоциации проявляются различными способами: невозможностью восстановить детские воспоминания, эмоциональной индифферентностью, фугами, гистрионической яростью, предрасположенностью к конверсионным расстройствам.

Гистрионические реакции могут наблюдаться у лиц с дистимией. Синдром «истероидной дисфории» является синдромом «моста», соединяющим дистимическое расстройство с ГЛР. Состояние очень напоминает атипическую депрессию и определяется как внезапное изменение настроения в ответ на чувство отвержения. Синдром возникает у лиц с повышенной сенситивностью к отвержению, усиленно ищущих одобрения, романтического отношения к себе. Им свойственно испытывать эйфорию, большой прилив энергии, когда их желания удовлетворяются. При осознании наличия отвержения (часто на эмпатическом уровне) у них возникает дисфория с тревогой, эмоциональной гиперреактивностью и часто с множественными соматическими жалобами.

Некоторые авторы, например Н. Маквильямс [13], говорят о том, что гистрионическая личностная организация обычно развивается у детей, которые много кричат, топают ногами, устраивают истерики и приступы «до посинения».

Классические психоаналитики пытались акцентировать внимание на значении орального эротизма в детском возрасте в формировании гистрионической личностной организации. Они подчеркивали наличие у таких детей выраженного аппетита, потребности в «оральном снабжении», стремлении детей к близости, прикосновениям, резкой реакции на отнятие от груди, от родителей. В то же время, несмотря на потребность таких детей к поиску стимуляции, они быстро и легко пресыщаются этой стимуляцией и отвергают ее на какой-то промежуток времени.

Д. Аллен (D. Allen) [1], Д. Галин (D. Galin) [5] считают, что эти лица во взрослом состоянии характеризуются акцентуацией функционирования правого полушария, в отличие от лиц с навязчивыми компонентами, например, с навязчиво-компульсивным расстройством, у которых наблюдается доминирование левого полушария.

Ряд авторов, например Д. Шапиро (D. Shapiro) [11], подчеркивают, что психическое функционирование, «ментальные операции» этих людей характеризуются стремлением к глобальности, использованию воображения и фантазии. Некоторые лица с гистрионическим личностным расстройством проявляют креативность, чувствительность к любым проявлениям искусства.

Частота ГЛР в общей численности населения составляет, по М. Стоуну, около 3 %, при этом у женщин этот вид нарушения диагностируется чаще.

Также ГЛР широко представлены в художественной литературе, драматургии, кино. Нередко в фабулах произведений присутствуют брачные и любовные отношения между гистрионической женщиной и обсессивно-компульсивным мужчиной. Примерами могут быть

«Душечка» А. П. Чехова, мадам Бовари Г. Флобера, Скарлетт о’Хара в романе «Унесенные ветром» («Gone with the Wind»). В фильме того же названия главную героиню сыграла Вивьен Ли (Vivian Leigh), которая также превосходно выразила гистрионические черты главной героини Бланш Дю Буа (Blanche du Bois) в другом фильме по повести Теннеси Вильямса «Трамвай, называемый желанием» («Streetcar Named Desire»).

Список литературы

1. *Allen, D.* Basic Treatment Issues. In M.Horowitz (Ed). Hysterical Personality. New York, Aronson, 1977, 283–328 p.

2. *Deutsch, H.* Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship to Schizophrenia. Psychoanalytic Quaterly, 1942, 11, 301–321 p.

3. *Easser, R., Lesser, R.* Transference Resistance in Hysterical Character Neurosis: Technical Considerations. In R. Lax (Ed.) Essential Papers on Character Neurosis and Treatment (c.250–260). New York University Press, 1989.

4. *Fenichel, O.* The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, Norton, 1945.

5. *Galin, D.* Implications for Psychiatry of Left and Right Cerebral Specialization. Archives of General Psychiatry, 1974, 31, 572–583 p.

6. *Hollender, M.* Hysterical Personality. Comments on Contemporary Psychiatry, 1971. 1, 17–24 p.

7. *Marmor, J.* Orality In The Hysterical Personality, Journal of the American Psychiatric Association, 1953. 1, 656–671 p.

8. *Millon, T.* The Disorders of Personality. In L. Pervin (Ed.) Handbook of Personality. Theory and Research. New York, Guilford Press, 1990.

9. *Robinson, D.* Disordered Personalities. Port Huron. Rapid Psychler Press, 1999.

10. *Schwalter, E.* The Female Malady. London, Virago, 1987.

11. *Shapiro, D.* Neurotic Styles. New York, Basic Books, 1965.

12. *Spence, D.* Narrative Truth and Historical Truth, New York, Norton, 1982.

13. *McWilliams, N.* Psychoanalytic Diagnosis, New York, Guilford Press, 1994.

Пассивно-агрессивное личностное расстройство

Пассивно-агрессивное личностное расстройство (ПАЛР) содержит признаки, описанные в рамках «орально-садистического характера» [1]. В DSM-I было включено «пассивно-агрессивное нарушение личностных характеристик», разделенное на три субтипа: 1) пассивно-зависимый; 2) пассивно-агрессивный; 3) агрессивный. В DSM-II агрессивный субтип был назван «эксклюзивным» личностным расстройством, пассивно-зависимый был исключен, а пассивно-агрессивный был сохранен, с добавлением психодинамического описания. В DSM-III ПАЛР оказалось на грани исключения, в связи с соображениями, что оно может объясняться реакцией на ситуацию, делающую пациентов бессильными и подчиненными. По мнению В. Мишель (W. Mischel) [2], специалисты ошибочно атрибутируют поведение других к личностным чертам и не видят связи со средовыми факторами. У госпитализированных лиц такая ошибка еще более вероятна. В DSM-III-R список диагностических критериев был расширен. В DSM-IV ПАЛР помещено в «Приложение В» – «Критерии и оси для дальнейшего исследования».

ПАЛР находится как бы на границе официальных диагностических рамок. Хотя этот вид нарушения зарегистрирован в классификации DSM-III-R, но из DSM-IV оно исключено, в связи с некоторыми сомнениями в достаточной объективности признаков нарушения. Лица с пассивно-агрессивными особенностями встречаются достаточно часто. Свойственное им поведение квалифицируется как свидетельствующее о нарушении социальной адаптации и подлежащее коррекции. Такая точка зрения встречается в работах, посвященных изучению ассертивного поведения.

Основной чертой ПАЛР является негативный подход и пассивное сопротивление требованиям адекватного поведения в социальных (включая семейные) и производственных ситуациях. Пациенты/ пациентки с ПАЛР сопротивляются требованиям функционировать на ожидаемом от обычного человека уровне. Характерна оппозиционность в условиях работы и при социальном функционировании. Сопротивление проявляется в различных преобладающих и смешанных формах: упрямстве, забывчивости, канители, отсутствии необходимого для решения задачи понимания.

Эти формы поведения часто автоматически «включаются» как реакция на требование начальства. Лицам с ПАЛР очень трудно проводить какую-либо работу в условиях коллектива, т. к. они не только не выполняют своего объёма работы, но и создают препятствия для других, сознательно совершая неправильные действия различного содержания. Они обычно стараются на кого-то перенести ответственность за свои ошибки. В то же время считают себя обманутыми, незаслуженно эксплуатируемыми, недостаточно ценимыми. Для лиц с ПАЛР типично недовольное, периодически мрачное согласие, они часто затевают ссоры, становятся циничными и саркастичными, прежде всего к людям, которым они формально подчиняются. По отношению к лицам, занимающим одинаковое с ними социальное положение, испытывают, как правило, чувство зависти, особенно если кто-то из них добивается успеха. Для лиц с ПАЛР характерен пессимизм, от будущего они не ожидают ничего хорошего. Часть пациентов/пациенток имеют тенденцию погружаться в рассуждения об отрицательных профессиональных и личностных качествах людей, от которых они прямо или косвенно зависят. К пассивно-агрессивному стилю поведения могут присоединяться зависимые черты. В этих случаях пассивная агрессивность более замаскирована, спрятана за фасадом внешнего подчиняющегося (субмиссивного) поведения. ПАЛР может сочетаться с возникновением психических нарушений на Первой оси. К наиболее часто встречающимся расстройствам здесь относятся большая депрессия, дистимия, алкогольные и другие формы аддиктивного поведения.

Предпосылками развития ПАЛР у детей и подростков могут являться признаки оппозиционного расстройства, к которым относятся:

1. Частые эмоциональные срывы, с потерей контроля над своим поведением.
2. Частые конфликты с родителями.
3. Частый отказ от выполнения просьб родителей, домашних правил и обязанностей.
4. Частое совершение действий, которые раздражают других.
5. Частое обвинение других в своих собственных ошибках.
6. Легкое возникновение раздражения при контакте с другими.
7. Гневливость и мстительность.
8. Частое сквернословие.

В отличие от нарушения поведения (Conduct Disorder) дети и подростки с оппозиционным расстройством не совершают более серьезных нарушений прав других людей. Проявления оппозиционного расстройства имеют место в домашней обстановке, но, как правило, отсутствуют в школе или в присутствии других людей, не входящих в узкий семейный круг. Во всяком случае, общая тенденция заключается в том, что признаки расстройства более очевидны во взаимодействиях со взрослыми или ровесниками, которые хорошо знакомы ребенку. Последнее обстоятельство нужно учитывать при клиническом обследовании, поскольку дети с оппозиционным расстройством не выявляют его признаков при обследовании. При конкретном разговоре на тему об особенностях поведения, дети не считают себя оппозиционно настроенными. Они оправдывают свое поведение в каждом обсуждаемом случае, объясняя его естественной реакцией на неразумные претензии и требования.

В становлении ПАЛР в раннем взрослом возрасте может иметь значение обучение опыту, на основании которого формируется уверенность в том, что можно достичь многого не прямым, а косвенным путем, используя манипулирование другими людьми, различного рода «трюки», двусмысленные ситуации, психологический прессинг на «слабые места», соблазн.

Они обучаются искусству маскировать негативное эмоциональное отношение к конкретным людям, событиям и ситуациям. В общении с такими людьми их знакомые и даже близкие часто не способны распознать у них такие эмоционально насыщенные состояния, как, например, гнев, обиду, ненависть, унижение. Лица с ПАЛР имеют также обыкновение активно отрицать наличие у них чувства гнева по отношению к кому-либо, как и желания заставить кого-то испытывать чувство вины. Иногда чувство гнева скрывается за ширмой гиперкомпенсации, что проявляется в нарочитой мягкости, преувеличенном внимании, заботливости.

Межличностные отношения лиц с ПАЛР обычно напряжены, в них отсутствует интимность и обоюдность. С течением времени их неискренность и манипулятивность раскрываются в нарастающем количестве ситуаций, что приводит к серьезным конфликтам, изменению отношения к ним, а также к разрыву отношений. В связи с тем, что пациентки/пациенты с ПАЛР затрачивают много времени и энергии на отрицательные эмоциональные переживания, придумывают различные сценарии «отмщения», они очень мало реализуют себя в продуктивной деятельности, не добиваются заметного успеха, в целом являются малоэффективными. Такой стиль жизни предполагает ограниченную возможность испытывать положительные эмоции, быть оптимистичными, радостными, веселыми. Этим, очевидно, можно объяснить предрасположенность к употреблению алкоголя и других изменяющих психическое состояние веществ. В проведенных нами анализах самоотчета об эффектах алкоголя у пациенток с ПАЛР обнаруживалась тенденция ориентироваться при употреблении алкоголя на достижение способности «отвлечься», «раскрепоститься», «подумать о чем хочется», «рассчитаться с человеком/людьми, которые плохо к ним относятся». Таким образом, устанавливалась преимущественная фиксация на двух эффектах алкоголя: 1) транквилизирующем и 2) усиливающем пассивное воображение. Пациентки фактически стремились использовать алкоголь в

качестве инструмента, позволяющего отвлечься от ситуационных «помех» и погрузиться в мир свойственных им, но не впрямую реализуемых, агрессивных имиджей и сценариев.

Пассивно-агрессивное поведение, наряду с агрессивным и субмиссивным (подчиняемым), противоречит ассертивности. Если графически представить поведение в виде прямой линии, то на одном ее полюсе находится субмиссивное, а на втором – агрессивное поведение. Пассивно-агрессивное поведение вызывает менее пристальное внимание, в связи с тем, что не относится ни к одному, ни к другому полюсу.

Общей характеристикой пассивно-агрессивного расстройства является пассивное сопротивление различным требованиям, необходимым для адекватного социального или профессионального функционирования. Согласно DSM-IV, оно имеет ряд признаков, пяти из которых достаточно для установления диагноза этого нарушения.

1. «Волокита». Лица с этим расстройством постоянно откладывают различные, требующие решения проблемы, до бесконечности затягивая их исполнение, находя «объективные» причины для того, чтобы не завершать или не начинать необходимую активность. Это касается самых разных сфер жизнедеятельности: различного рода обещаний, выполнения заданий, поручений, обязательств перед родственниками, друзьями, членами семьи, что создает определенные трудности как им самим, так и окружающим.

2. Эти люди становятся угрюмыми, мрачными, раздражительными, аргументативными, вступающими в различные дискуссии, споры в многочисленных ситуациях, когда их просят сделать то, чего они делать не хотят. Аргументирование сводится к стремлению доказать, что делать этого не нужно. Желание окружающих заставить их предпринять определенные виды активностей портит им настроение, изменяет отношение к окружающим, обижает, воспринимается как насилие, чья-то прихоть, как ненужная, ущемляющая их права деятельность.

3. Они частично осознанно, а частично не осознанно выполняют работу настолько медленно, что люди, с которыми связана эта деятельность, теряют терпение и раздражаются. Очень часто совершают ошибки в работе, делая ее не так, как нужно. И, если, в конце концов, и выполняют задание, то делают это неправильно. Те, кто «загрузил» их какими-то поручениями, в дальнейшем стараются делать все сами. Вышеперечисленное касается видов деятельности, в которых страдающие данным видом расстройства люди не заинтересованы.

4. Без каких-либо достаточных оснований часто протестуют против предъявляемых к ним требований или просьб, считая их неразумными, лишенными достаточного смысла, связанными с тем, что люди, которые их выдвигают, не разбираются в ситуации, не понимают ненужности и бессмысленности происходящего.

5. Избегание выполнения различных обязанностей, которые являются частью рабочего цикла. Уклонение объясняется забывчивостью, рассеянностью.

6. Внутреннее убеждение, что они справляются с различными заданиями значительно лучше, чем оценивают их деятельность окружающие. Они думают, что другие крайне необъективны, не выделяют главного, придираются к мелочам, несущественным деталям, выдвигают завышенные требования.

7. Отвергают различного рода полезные советы окружающих, касающиеся возможности устранения каких-то ошибок, улучшения продуктивности их деятельности; вступают в дискуссии; могут пытаться логически обосновывать несостоятельность этих «поучений»; могут использовать перенос, проецировать свои недостатки на других, особенно лиц, критикующих их. Они фиксируются на различных событиях, фактах из прошлого, стараясь показать, что эти люди вели себя некомпетентно, непрофессионально, поэтому они не имеют никакого права ни предъявлять какие-то требования, ни поучать их.

8. Саботируют попытки, старания других сделать что-то в производственном цикле: на работе, по дому. Свое звено работы в этой цепи они не выполняют или делают его с серьезными ошибками.

9. Без достаточных оснований критикуют, дискредитируют людей, которые занимают более авторитетную позицию.

Во всех вышеописанных признаках проявляются скрытая регрессия, сопротивление, протест, которые не выражаются напрямую, что обусловлено чувством внутренней слабости, недостаточности, страхом проявить несостоятельность. Выступает стремление добиться цели доминирования косвенным образом, используя различные манипуляции. Наблюдается тенденция привлекать для реализации такой цели на свою сторону других людей, объединять их, стимулируя их чувство справедливости, замечая слабые места людей, занимающих более высокие статусные позиции. Внутренний страх оказаться несостоятельным часто «запускает» поведение, которое, особенно в случаях успеха, репродуцируется в различных ситуациях.

Коррекция ПАЛР подразумевает осознание механизмов иррациональных поступков с дальнейшей заменой этого стиля поведения другим, который включал бы большее количество элементов, свойственных ассертивности.

Внешне ПАЛР может выглядеть как лень, как проявления волевых расстройств, что требует тщательной дифференциальной диагностики.

Список литературы

1. *Millon, T.* Disorders of Personality. DSM-III: Axis II. New York. Wiley, 1981.

2. *Mischel, W.* On the Predictability of Behavior and the Structure of Personality. In R. Xusker et al. (Eds.). Personality and the Prediction of Behavior. New York. Academic Press, 1984. 269–305 p.

Личностное расстройство избегания

Личностное расстройство избегания (ЛРИ) характеризуют ингибиция (подавление), интроверсия и тревога в социальных ситуациях.

В 1969 году Т. Миллон [6] впервые использовал термин «избегающий» по отношению к активно-отстраненному паттерну интеракции, при котором индивидуумы желают находиться в системе межличностных отношений, но отстраняются от последних, чтобы избежать возможности «быть поврежденными».

ЛРИ было впервые включено в DSM-III по описанию Т. Миллона [6]. В DSM-III-R критерии ЛРИ были изменены, чтобы соответствовать концепции фобического нарушения характера. В DSM-IV вдобавок к избегающему поведению акцентируется гиперсенситивность, страх отвержения и чувство неадекватности. ЛРИ в значительной степени перекрывается с социальной фобией генерализованного типа. У пациенток/пациентов чаще, чем у других, наблюдаются тревожные состояния, включая паническое расстройство и агорафобию. ЛРИ часто диагностируется в сочетании с другими нарушениями первой и второй оси.

Л. Бенджамин (L. Benjamin) [2] предполагает, что, в отличие от многих других личностей, пациенты/пациентки с ЛРИ получили в детстве достаточную любовь и внимание от родителей и развили социальные связи внутри семьи. Эта особенность сохраняет у них желание быть в отношениях и во взрослом возрасте. Другой особенностью воспитания было то, что родители и/или осуществляющие заботу лица создавали отрицательный имидж людей, находящихся вне семейного круга. Последние подвергались постоянной критике, осуждению. В их адрес высказывались насмешливые, унижающие комментарии. В результате избегающие лица сохранили лояльность к семье, но чувствовали, что не могут рассчитывать на что-либо хорошее вне ее к руга. У них сформировалось чувство исходного недоверия к большинству незнакомых и мало знакомых людей, а также чувство дефицитарности, неспособности достичь успеха, если последний связан с необходимостью вступать и поддерживать социальные контакты.

Л. Бенджамин предупреждала психотерапевтов о необходимости учитывать при проведении лечения лиц с ЛРИ следующее обстоятельство. Пациенты/пациентки потенциально способны хорошо функционировать в терапии и добиваться прогресса, но «камнем преткновения» часто становятся авторитетные члены их семей, которые оказывают сильное психологическое давление, постоянно предупреждают, чтобы они не выдавали психотерапевту семейных «секретов».

Нужно иметь в виду, что, даже при отсутствии такого давления, лица с ЛРИ проявляют сопротивление, не хотят делиться информацией личного характера, боятся таким образом обвинить в чем-то семью, скомпрометировать ее членов. Л. Бенджамин подчеркивала в связи с этим, что простое проявление пациенткой/пациентом хорошего отношения к психотерапевту недостаточно. Пациентам следует на модели отношений с терапевтом обучиться новому стилю поведения в большом мире, в каждодневных отношениях с другими людьми.

Влияние среды имеет большое значение в формировании основ ЛРИ. «Запрограммированные» лица с ЛРИ боятся и избегают многих людей и ситуаций. Дети часто обнаруживают тенденцию к развитию этого расстройства [7]. Автор пишет, что некоторые травматические события в раннем развитии: брутальное поведение родителей, инцест, сексуальное насилие в детстве приводят не только к посттравматическому стрессовому расстройству, но также к длительному проявлению социального избегания и боязни по отношению к тем, кто даже отдаленно напоминают агрессоров из прошлого.

Б. Ван де Кольк (B. Van der Kolk) [10] также считает, что «ранняя сексуальная эксплуатация» часто приводит к «зависимости от боли», самопораженчеству (т. е. мазохистическим чер-

там характера), наряду с избеганием, последнее выражается, в частности, в избегании взгляда и в интенсивном чувстве стыда.

Ego-защиты при ЛРИ, в общем, носят зрелый характер, включают, прежде всего, регрессию, избегание конфликта между внутренними психическими структурами (superego) и внешними факторами изоляции.

Представленность ЛРИ в общей численности населения составляет менее 1 % [7].

М. Стоун [7] считает целесообразным выделять два типа ЛРИ. Тип «А», характеризующийся постоянной конституциональной сверхтревожностью с различными фиксациями (хорошими и плохими) в истории жизни. Этот тип способен улучшить социальную адаптацию в результате тренинга социальных навыков, поведенческих интервенций, ситуационной терапии.

Тип «В», проявляющий нарциссическую ранимость. Для него типично воспитание в обстановке нетерпимости, обучения формированию стыда. В истории жизни присутствуют в основном переживания, связанные с отрицательными фиксациями.

П. Тайрер и Дж. Александер (P. Tyrer, J. Alexander) [9] обнаруживают много общего между лицами с ЛРИ и страдающими дистимией. Дифференциация заключается в том, что лица с дистимией более совестливы, подозрительны и склонны очернять себя. Лица с ЛРИ – более скромны, стеснительны и ранимы.

В общей характеристике данного расстройства по DSM-IV-TR присутствуют чувство социального дискомфорта и страх отрицательной оценки. Нарушение выражается рядом признаков, четырех из которых достаточно для его формальной диагностики:

1. Эти лица легко ранимы (неодобрением или критикой). Нанести им психическую травму не составляет особого труда. Это объединяет их с нарциссическими, но если у нарциссических лиц критика вызывает ярость, то у людей с ЛРИ – нет, поскольку последние не формируют у себя имиджа грандиозности. Лица с шизоидным личностным расстройством могут создавать имидж грандиозности, но он отличается от нарциссического, и имеет следующую цель: «Если я буду значительно выше других, то я стану недосягаем, и никто не сможет причинить мне вред».

2. Отсутствие близких друзей или тех, кому они доверяют, за исключением родственников первой степени близости (родители, дети, муж, жена). Люди с ЛРИ, в отличие от людей с шизоидным личностным расстройством, боятся, что лица, имеющие с ними близкие отношения, будут мешать им, захватывать все их время. Параллельно присутствует страх того, что эти люди их «выбросят», потому что они станут для них неинтересными, например, не будут соответствовать их уровню.

3. Нежелание вовлекаться в отношения с людьми до тех пор, пока не появится уверенность в возможности длительных отношений. Фактором, ограничивающим близкие контакты, является страх отрицательного отношения к себе и постоянный страх возможной отрицательной (и даже адекватной) оценки себя другими, поскольку базовая самооценка таких людей очень низкая. Они могут долго и тщательно проверять действия будущих предполагаемых партнеров, наблюдать за ними, не проявляя активных действий.

4. Избегание социальных контактов и профессиональных активностей, влекущих за собой многочисленные межличностные контакты. Лица с расстройством избегания обычно не принимают предложений по работе и повышения по службе, если оно связано с необходимостью расширения круга контактов с людьми.

5. Сдержанность в различных социальных ситуациях (обычное общение, собрания, вечеринки). Желание участвовать есть, но сдерживает страх сказать что-то несоответствующее, неподходящее ситуации. В отличие от гистрионических лиц, они боятся выглядеть глупыми в социальных ситуациях, привлечь к себе внимание, в связи с тем, что вдруг не смогут ответить на вопрос, проявят некомпетентность, отсутствие профессионализма, вызовут критику.

6. Страх проявить компрометирующие их эмоциональные реакции. Они боятся покраснеть, побледнеть, начать заикаться, пугаются того, что у них могут затрястись руки, и это все увидят. Боятся возникновения неадекватного истерического приступа, после чего окончательно потеряют лицо.

7. Постоянное преувеличение потенциальных трудностей и опасностей. Таким лицам присущ «рутинный, стереотипный стиль жизни», выражающийся в не изменяющихся моделях поведения, несмотря на их нарастающую неадекватность в изменяющихся условиях. Например, при появлении в городе новых мостов человек с таким расстройством продолжает ездить только по привычному старому, хотя было бы удобнее воспользоваться новым. На вопрос, почему он это делает, такой человек отвечает: «Если я поеду по этому маршруту, то там есть несколько незнакомых поворотов, из которых можно не выбраться. Лучше буду ездить по старому, пусть дольше, но зато надежнее». Они прогуливаются только по определенным улицам, потому что там нет вероятности встретить нежелаемых людей, или потому, что просто привыкли. Если перед ними стоит какая-то задача, они часто начинают преувеличивать, например, время, которое они могут потратить на ее решение, или возможные, ожидаемые трудности, которые будут «нагромождаться» одна на другую. Поэтому пациенты с ЛРИ характеризуются как люди консервативные, с трудом меняющие привычный стиль жизни. Считается, что лица с ЛРИ в современном мире страдают больше, чем в традиционных культурах, где им легче приспособиться, в связи с медленным темпом изменений в сферах жизни. В условиях бывшего СССР, имевшего черты традиционного общества, они обучались, получали место работы, жилье, их окружали одни и те же лица, существовала возможность создать какие-то социальные ниши, где им было достаточно комфортно. В современном обществе таких ниш осталось мало, многие их них утратили свою привлекательность.

Считается, что ЛРИ, в отличие от шизоидного расстройства, формируется в основном воспитанием. Такой тип воспитания некоторые авторы называют «скрытыми инцестными отношениями». При такой модели воспитания родители, особенно кто-то из них, нагружают ребенка сверхответственностью, заставляют его выполнять несвойственные ему «родительские» функции [1].

Список литературы

1. *Adams, K.* Silently Seduced. When Parents Make Their Children Partners. Understanding Covert Incest. Deerfield Beach, Florida, Health Communications, 1991.

2. *Benjamin, L.* Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. New York, Guilford Press, 1993.

3. *Grinker, R., Werble, B., Drye, R.* The Borderline Syndrome: A Behavioral study of Ego-Functions. New York, Basic Books, 1968.

4. *Livesley, W., Schroeder, M., Jackson, D.* Dependent Personality Disorder and Attachments. Journal of Personality Disorders, 1990. 4, 131–140.

5. *Livesley, W., Schroeder, M., Jackson, D., Jung, K.* Categorical Distinctions in the Study of Personality Disorder: Implications for Classification. Journal of Abnormal Psychology, 1994. 103, 6–17.

6. *Millon, t., Davis, R.* Disorders of Personality; DSM-IV and Beyond, Second Edition. New York, Wiley and Sons, 1996.

7. *Stone, M.* Individual Psychotherapy with Victims of Incest. Psych. Clin. North America, 1989. 12 (2), 237–256.

8. *Trull, T., Widiger, T., Frances, A.* Covariation of Criteria Sets for Avoidant, Schizoid and Dependent Personality Disorders. American Journal of Psychiatry, 1987. 144, 767–771.

9. *Tyrer, P., Alexander, J.* Personality Assessment Schedule. In P. Tyrer (Ed) Personality Disorders: Diagnosis, Management and Course. London. Wright, 1988.

10. *Van der Kolk, B.* Compulsion to Repeat the Trauma: Reenactment, Revictimization and Masochism. Psych. Clin. North America, 1989. 12 (2), 289–412.

Зависимое личностное расстройство (ЗЛР)

Известный канадский исследователь личностных расстройств В. Ливесли (W. Livesley) и соавт. [4, 5] выделяет в качестве одного из характерных признаков этого нарушения «прилипание». В результате прилипания человек, от которого зависит пациентка/пациент, практически никогда не выпускается из виду, зависимый индивидуум стремится постоянно быть рядом или недалеко от него/нее. Прилипание является признаком «патологического аттачмента» (патологической эмоциональной фиксации). Такая особенность поведения зависимых лиц часто приводит к реакции, обратной желаемой, – она отчуждает большинство людей и заставляет уходить в сторону от конкретного человека, к которому развилось сильное прилипание. [4, 5]). Эти авторы рассматривают шестой и девятый признаки ЗЛР (по DSM-IV) как симптомы «адаптивного поражения» защитных маневров пациентов. Будучи травмированными критикой или мягким неодобрением, лица с ЗЛР проявляют эти симптомы. Они могут стараться также превратить поражение в победу, вызывая своими реакциями жалость и сочувствие, что может приводить со стороны окружающих к словам и жестам, успокаивающего и одобряющего содержания.

Т. Тралл (T. Trull) и соавт. [6] обнаруживали, что ЗЛР часто сочетается с чертами ЛРИ или с характерологическими атрибутами депрессивных лиц (т. е. лиц с низкой самооценкой, пессимизмом, постоянной озабоченностью).

В более старых классификациях пограничных лиц [1] наиболее «здоровым» типом пограничного ряда считался «анаклитический депрессивный тип», к которому относились пациенты/пациентки с одновременной депрессивностью и прилипчивостью. Авторы отмечали, что многие пациенты с ПЛР были также «отчетливо зависимыми».

Индивидуумы с ЗЛР чрезвычайно чувствительны к одиночеству, еще хуже они переносят, когда их бросают. Многие из них на сознательно-бессознательном уровне в течение ряда лет совершенствовали техники прилипания к другим. Ради этих навыков они пренебрегали важными для их личностного развития вещами: приобретением профессиональных знаний, культурным развитием, продуктивными контактами с друзьями, самим приобретением друзей. Они не обучались умению заниматься чем-то продуктивным в свободное время. Перспектива остаться вечером, например, одной/одному у таких людей вызывает тревогу, а сам свершившийся факт приводит к нарастанию тревоги, а иногда к панической реакции. В терапии следует обращать специальное внимание на эти особенности, стимулировать пациентов/пациенток к приобретению большего диапазона социальных навыков путём развития новых мотиваций. Им можно предлагать участие в клубах по интересам, присоединение к церковным группам, обществам распространения знаний, слушание циклов лекций по общеобразовательным темам и др.

ЗЛР, согласно В. Джоинс (V. Joines) [2], представляет комбинацию шизоидной и пассивно-агрессивной адаптаций.

П. Вэйр (P. Ware) [7], Т. Калер (T. Kahler) [3] выделили шесть личностных адаптаций:

1. Шизоидная, по П. Вэйр; мечтатели, по Т. Калеру.
2. Антисоциальная, по П. Вэйр; промоутеры, по Т. Калеру.
3. Параноидная, по П. Вэйр; упорные, по Т. Калеру.
4. Пассивно-агрессивная, по П. Вэйр; мятежники, по Т. Калеру.
5. Обсессивно-компульсивная, по П. Вэйр; работоголики, по Т. Калеру.
6. Гистрионическая, по П. Вэйр; реактивные, по Т. Калеру.

Адаптации рассматриваются как результат комбинации «внутренней» и сформировавшейся под влиянием среды позиций. Первые три адаптации П. Вэйр назвал «выживающими» (необходимыми для выживания), поскольку они начинают развиваться в первые 18 месяцев жизни, когда младенцы сталкиваются с нарушением доверия, теряют уверенность, что

«среда» позаботится о них и на этом фоне вынуждены «определить» что им делать самим по себе.

Последние три варианта П. Вэйр назвал «исполняющими» адаптациями, т. к. они отражают способ, с помощью которого дети раннего возраста адаптируются, чтобы исполнить ожидания родителей. Это происходит от 18 месяцев до 6 лет [2].

Выделяемые адаптации являются основными личностными блоками и характеризуют адаптивный стиль. Они просматриваются в различных вариантах функционирования личности, как нормальных, так и дисфункциональных. Каждая из адаптаций имеет положительные и отрицательные свойства. В изложении В. Джоинс [2] положительные и отрицательные аспекты адаптации находят отражение в следующих личностных вариантах:

1. Творческий – оторванный от жизни мечтатель (шизоид).
2. Очаровательный – манипулятор (антисоциальный).
3. Игривый – сопротивляющийся (пассивно-агрессивный).
4. Блестящий – скептический (параноидный).
5. Энтузиастический – сверхреактивный (гистрионический).

В DSM-IV-TR выделяются присущие личностным расстройствам негативные характеристики адаптаций, что означает хроническую дезадаптацию. Личностные расстройства, таким образом, описываются составленными из: 1) чистых адаптаций; 2) различных степеней адаптаций, и 3) различных комбинаций адаптаций. Так, ЗЛР, как уже указывалось, представляет комбинацию шизоидной и пассивно-агрессивной адаптаций, в то время как, например, ПЛР – комбинацию антисоциальной и пассивно-агрессивной адаптаций, НЛР – комбинацию параноидной и антисоциальной адаптаций [2].

Список литературы

1. *Grinker, R., Werble, B., Drye, R.* The Borderline Syndrome: A Behavioral study of Ego-Functions. New York, Basic Books, 1968.

2. *Joines, V.* The Treatment of Personality Adaptations: Using Redecision Therapy. In J. Magnavita (Ed) Handbook of Personality Disorder Theory and Practice: Hoboken, Wiley, 2004. 194–220 p.

3. *Kahler, T.* The Transactional Analysis Script Profile (TSAP) Little Rock, AR: Taibi: Kahler Associates, 1977.

4. *Livesley, W., Schroeder, M., Jackson, D.* Dependent Personality Disorder and Attachments. Journal of Personality Disorders, 1990. 4, 131–140 p.

5. *Livesley, W., Schroeder, M., Jackson, D., Jung, K.* Categorical Distinctions in the Study of Personality Disorder: Implications for Classification. Journal of Abnormal Psychology, 1994. 103, 6–17 p.

6. *Trull, T., Widiger, T., Frances, A.* Covariation of Criteria Set s for Avoidant, Schizoid and Dependent Personality Disorders. American Journal of Psychiatry, 1987. 144, 767–771 p.

7. *Ware, P.* Personality Adaptations: Doors to Therapy. Transactional Analysis Journal, 1983. 13 (1), 11–19 p.

Обсессивно-компульсивное личностное расстройство

Термин «обсессивно-компульсивный», согласно DSM-IV-TR, применяется по отношению к двум видам психических нарушений:

1) обсессивно-компульсивное (невротическое) расстройство – ОКР;

2) обсессивно-компульсивное личностное расстройство (ОКЛР).

Обсессивно-компульсивное невротическое расстройство (ОКР) относится к группе тревожных расстройств и характеризуется вторжением в сознание нежелательных ego-дистонных мыслей, чувств; представлений о защитных действиях с возможной их реализацией.

При ОКЛР обсессивно-компульсивные черты ego-синтонны, глубоко внедрены в структуру личности, не воспринимаются как чуждые ego, а как органичный компонент личности.

Необходимо проведение разграничения между обсессией (навязчивостью) и компульсией. Обсессии представляют устойчивые, нежелательные идеи или импульсы, от которых нельзя освободиться, несмотря на критическое к ним отношение. Компульсии определяются как настойчивые, повторяющиеся, вторгающиеся и нежелательные стремления совершать действия, противоположные обычным желаниям, целью которых является защита от еще более неприемлемых бессознательных желаний или идей. Компульсивное действие временно облегчает переживание обсессии. Невыполнение компульсивного действия приводит к возникновению тревоги.

Выделяют разные формы компульсий [10]):

1) психические компульсии в виде появления непреодолимого желания совершить какое-то действие при одновременном сохранении контроля над этим желанием;

2) психомоторные компульсии, при которых потребность в совершении компульсивного действия побеждает, несмотря на наличие психического контроля;

3) двигательные (моторные) компульсии, когда компульсивные действия совершаются без большого психического сопротивления.

Обсессии обычно сочетаются с компульсиями, например, думая о возможности заражения и вымыв с особой тщательностью руки, человек на какое-то время избавляет себя от этого страха. Таким образом, возникает аналогия с вечным двигателем, заключающаяся в том, что обсессии провоцируют возникновение компульсий, компульсии способствуют появлению обсессий и т. д.

Согласно DSM-классификациям, ОКЛР присущи перфекционизм – стремление к совершенству и отсутствие гибкости. Это расстройство характеризуется рядом признаков, наличие пяти из которых необходимо для формальной его диагностики:

1. Перфекционизм выражен настолько сильно, что мешает завершению какого-то задания. Человеку кажется, что то, что он сделал, недостаточно хорошо. Неудовлетворенный результатами, он может доделывать и переделывать работу, или выбросить то, что сделано, и начать все сначала. Возникает привязанность к конечному результату с чрезвычайно жесткими стандартами и требованиями.

2. Сверхзанятость, поглощенность, фиксация на деталях, правилах, последовательности, списках, порядке, организации, на бесконечных схемах. Это выражено в такой степени, что основной смысл активности оказывается потерянным. «Оформление» различного рода мелочей приводит к утрате цели работы. Человек «застревает», «увязает» в мелких, несущественных деталях.

3. Неразумная настойчивость, требовательность по отношению к другим людям. Стремление подчинить их действия определенному порядку, свойственному обсессивно-компульсивной личности. Все должно делаться только так, как он/она требует. Ничего не должно меняться и отличаться от намеченной схемы. Другим не позволяется что-либо менять. Это

связано с убежденностью в том, что люди не могут выполнить задание правильно, и за них придется все переделывать заново.

4. Чрезвычайная преданность работе, постоянная озабоченность ее продуктивностью с исключением всевозможных развлечений: посещения зрелищ, кино, театра. Отрицательное отношение к встречам с друзьями, т. к. они поглощают время. Вынужденное присутствие на развлечениях сопровождается психологическим дискомфортом, который может переходить в тревожность, внутреннее беспокойство, с чувством вины и мыслями о напрасно потерянном времени: «Я зря теряю здесь время, мне нужно скорее отсюда уйти». Вынужденное времяпрепровождение оставляет неприятный след и приводит к увеличению производственной активности с целью наверстать упущенное.

5. Нерешительность. Серьезная проблема с принятием решений сопровождается постоянными сомнениями в их правильности. Обдумывание решения занимает много времени. Необходимость принятия решения – трудная задача, которая раздражает. Все «за» и «против» тщательно взвешиваются, рождаются разнообразные схемы реализации намеченных целей. В результате принятие решения может откладываться, или возникает волокита. Выбор варианта решения на основании чьего-то совета отсутствует и является, в целом, нетипичным. Очень часто у таких людей возникает нарушение приспособления. Им очень трудно приспособиться к смене ситуации, например, к условиям другой страны. Серьезные проблемы большого количества эмигрантов обусловили увеличение срока возможной диагностики нарушения приспособления, согласно DSM-IV, до одного года. Это расстройство в дальнейшем может переходить в другие состояния.

6. Сверхсовестливость, скрупулезность, «несгибаемость» в вопросах морали, этики и системы ценностей. Вышеперечисленные особенности являются отражением не культуральных факторов, общепринятых требований и религиозной идентификации, а результатом активности жесткого superego, установочно увязывающего самые разнообразные события и факты. Так, например, отсутствие достаточной продуктивности в работе связывается с нарушением морали, возникает самоосуждение, снижается самооценка. Негативное отношение может распространяться на поведение близких, которые, с точки зрения пациента/пациентки, недостаточно хорошо выполняют какую-то работу. Такой человек ставит себе в вину нехватку положительных качеств у своего ребенка, считая этот факт недостатком выбранной им системы воспитания.

7. Ограниченное выражение аффекта. Внешние проявления эмоциональной стороны мало представлены. Индивидуумы воспринимаются холодными, недостаточно эмоциональными и роботообразными.

8. Скупость (бережливость). Они не любят ничем делиться, если этот процесс не приносит им личной выгоды. Не горят желанием одалживать деньги, даже близким; ведут скрупулезный расчет, сравнительный анализ; не любят делать подарки, устраивать приемы, не тратят время на других, считая это ненужной жертвой.

9. Неспособность выбрасывать ненужные вещи с приписыванием последним сентиментального значения и их особой значимости для структуры своего качественного мира. Понимание несостоятельности объяснений отсутствует. В эту категорию попадают также вещи, о которых они не вспоминают и с которыми реально ничего не связано. Некоторые наделяют часть вещей качествами транзиторных объектов (которыми когда-то играли в детстве). Не будучи коллекционерами, они не выбрасывают вышедшие из обращения деньги.

Согласно DSM-IV-TR, наличие пяти из этих признаков позволяет формально диагностировать наличие ОКЛР.

Пациенты с ОКЛР поглощены заботой о потере контроля над собой в различных проявлениях. Они беспокоятся о том, чтобы не быть слишком навязчивыми, чересчур разговорчивыми, капризными и др. Такое стремление к самоконтролю в своей бессознательной

основе имеет желание не подчиняться, а доминировать над другими, проявляя безукоризненное совершенство, неэмоциональную рациональность, недоступные другим людям. Наказания или насилия в детстве могут вызывать у них формирование ненависти, мстительности. Эти качества постоянно подавляются, но в каких-то ситуациях приводят к агрессии. М. Стоун [12] считает, что в этих случаях формируются типажи «неудавшегося варианта Джекилла – Хайда».

Лица с ОКЛР испытывают достаточно специфичный страх потерять контроль над эмоцией гнева, чувствами злобы, негативного отношения, которые им присущи в значительной степени. Интересно, что страх раскрытия отрицательных чувств перед кем-либо, включая психотерапевта, часто сопровождается фантазиями на тему, что лица, по отношению к которым имеется чувство гнева, каким-то образом на расстоянии могут распознать это, в особенности, если они расскажут об этом, например, терапевту.

В. Гидано (V. Guidano) и Г. Лиотти (G. Liotti) [5] находят у компульсивных пациентов потребность в демонстрации своего идеального «Я» миру, начиная с собственных родителей. Идеальный «Я» при этом резко отличается от реального (актуального) «Я». Такая стратегия неизбежно вызывает появление навязчивой необходимости предвидеть все опасности и возможности «соскальзывания». В результате компульсивная личность живет в перспективах будущего, в отличие от пациентов с ПЛР, живущих главным образом в настоящем. Метафорически выражаясь, общий подход к жизни лиц с ОКЛР можно сравнить с позицией адвоката, а лиц с ПЛР – с позицией актера.

Для пациентов с ОКЛР характерна уклончивость, они уходят от прямых ответов на вопросы, им свойственно «хождение вокруг» обсуждаемой темы. С точки зрения М. Стоун [12], компульсивные пациенты озабочены главным образом сферой работы, в контрасте с фиксированными на любви пациентами с ПЛР. Для них чрезвычайно важен аспект уважения со стороны работодателей, положительная оценка профессиональной деятельности и вопросы престижа в обществе. При очень выраженных признаках ОКЛР пациенты демонстрируют себя в качестве мучеников, находящихся в неустанной борьбе между тем, что они, с их точки зрения, должны делать, и тем, что они делают в реальности. Имеет место конфликт между «идеальным» и «актуальным» «Я», описанный К. Хорни (K. Horney) [6] в 1939 году.

Из лиц с ОКЛР нередко формируются «ответственные работоголики», которые подпадают под категорию так называемых «good boys» («хороших мальчиков») и «good girls» («хороших девочек»), выполняющих всегда все хорошо и безошибочно. Их система значений и ценностей состоит в том, что можно объединять общим термином «делание». Они всегда оценивают себя в категории делания.

Состояние пациента/пациентки с ОКЛР характеризуется контаминацией взрослого egoсостояния подавляющим Внутренним родителем, требующим от них постоянно быть совершенными. Такое психологическое состояние лишает возможности релаксироваться, отдохнуть, снять психоэмоциональное напряжение. «Внутренний родитель» требует становиться все лучше (т. е. делать все лучше и больше), никогда не удовлетворяясь. Постоянное чувство невыполнения требований «внутреннего родителя» вызывает чувство вины, тревогу и депрессию, в основе которых заложен гнев.

Пациенты/пациентки с ОКЛР настолько перфекционистичны и негибки, что не способны адаптироваться к требованиям реальности и добиваться реализации своих целей.

Отношения с другими людьми складываются плохо, т. к. их «колючее» поведение раздражает; отсутствие сопереживания, эмоциональная невовлеченность отталкивают; узость интересов и повторяемость поведения делают их невыносимо скверными. Кроме того, эти лица проявляют мелкую расчетливость и скупость, вызывающие саркастические замечания, насмешки окружающих.

Дж. Рэйти (J. Ratey), К. Джонсон (C. Johnson) [11] обращают внимание на одну из особенностей, отличающих ОКЛР от «простого» обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР):

проблемы при ОКЛР настолько пронизывают всю личность, что у них отсутствует даже желание сопротивляться и в результате они страдают меньше, чем пациенты с ОКР. Авторы цитируют одного из врачей-психиатров А. Швартца (Schwartz A.), который писал: «…основные отличия между ОКР и ОКЛР заключаются в том, что хотя лица с ОКЛР ригидны и упрямы и позволяют своим идеям управлять их жизнью, у них отсутствует реальное желание изменить свою жизнь. Они или не осознают, что их поведение раздражает других, или же просто их это не заботит. Индивидуум с ОКР моется и моется, несмотря на то, что это вызывает у него большую боль и не доставляет удовольствия. Индивидуум с ОКЛР радуется мытью и очищению и думает: «Если кто-нибудь очищает себя так сильно, как я, все будет хорошо. Все беды в том, что моя семья – собрание жлобов» (цит. по: Дж. Рэйти, К. Джонсон [11]).

ОКЛР часто смешивают с ОКР, которое локализуется на первой оси. В связи с этим важно понимать, что речь идет о двух феноменологически различных нарушениях.

Основные аспекты навязчивостей включают:

1. Неспособность за деталями увидеть целое.

2. Нерешительность.

3. Ригидность и отсутствие гибкости.

4. Стремление к собирательству, накапливанию.

5. Неспособность к релаксации, неучастие в развлечениях.

6. Убежденность в том, что достижения в работе являются главной экзистенциальной целью в жизни.

7. Отсутствие чувства юмора.

8. Недостаточную спонтанность в мышлении, эмоциях и поведении.

Психологические ego-защиты представлены блокированием выражений нереализованных стремлений к зависимости, а также сильных чувств гнева, направленных на людей, осуществляющих/осуществлявших заботу.

Психологические защиты включают изоляцию аффекта. Идея, насыщенная аффектом, осознается, но аффект удерживается в бессознательном. Эта психологическая защита может быть использована в большей или меньшей степени. С меньшей степенью изоляции связаны другие защитные механизмы, как, например:

1. Рационализация – «рациональное» оправдание неприемлемых подходов.

2. Морализаторство – обращение к морали с целью изолировать противоречивые чувства.

3. Интеллектуализация – чрезмерное использование абстрактного мышления.

4. Отсутствие физической целенаправленной активности («неделание») и вербализации, которое символизирует отказ от неприемлемого желания или уход от конфликта при преобладании в структуре расстройства компульсивного компонента.

5. Формирование реакции – превращение импульса в противоположный по содержанию, что может касаться мысли, чувства и поведения.

Последняя психологическая защита представляет собой своего рода «контрзависимый» подход, в котором пациент/пациентка устраняют зависимость от кого-либо. Подобным образом сохранение внешне холодного, дистантного вида охраняет от осознания и реализации негативных чувств. Например, стремление к порядку, чистоте является формированием реакции против импульса устроить скандал или играть с собственными выделениями [12].

Специальный интерес представляет соотношение между ОКЛР и ОКР в контексте вопроса, насколько типично возникновение ОКР на, казалось бы, соответствующей последнему, гомономной почве? На самом деле, ОКР наиболее часто развивается на фоне личностных расстройств избегания, зависимого, гистрионического и лишь с меньшей вероятностью обсессивно-компульсивного [2].

Д. Блэк (D. Black) и Р. Нойес (R. Noyes) [1] считают, что тяжелая форма ОКР может усиливать патологические черты личностного расстройства с большей вероятностью, чем наоборот. Обращает на себя внимание большое сходство диагностических терминов – ОКЛР и ОКР. Оно приводит многих психиатров к убеждению, что развитие ОКР требует предрасполагающих личностных черт, которые входят в структуру ОКЛР. Иногда считают даже, что ОКЛР является «теневым состоянием», более мягкой формой ОКР. Внешне это подтверждается тем, что пациенты/пациентки с ОКЛР пунктуальны, сверхорганизованы, перфекционистичны, в значительно меньшей степени, чем обычные люди, склонны к поиску удовольствий. Те же характеристики в более выраженной форме присутствуют при ОКР. Совпадение двух диагнозов, как уже указывалось, имеет место значительно реже, чем можно себе представить, рассуждая логически. Г. Диафириа (G. Diaferia) и соавт. [3] считают, что оба расстройства представляют собой скорее «независимые проблемы психического здоровья» и не связаны друг с другом в большинстве случаев (при диапазоне соответствия от 4 % до 50 %).

Тем не менее, интерпретация полученных данных должна учитывать и другие возможности, например, ситуации, в которых выраженность проявлений ОКР настолько велика, что перекрывает близкие по содержанию личностные нарушения, которые во время столь напряженного состояния практически трудно выявить.

Кроме того, нельзя исключить, что ОКЛР является прекурсором только определенных вариантов ОКР. Например, связанных с озабоченностью вопросами порядка, симметрии, последовательности, чистоты и загрязнения, а не другими формами нарушений. В связи с этим становится актуальным изучение субтипов ОКЛР, которое, очевидно, способно выяснить значение некоторых конкретных личностных черт, способствующих развитию ОКР. В целом, имеет основание предположение, что «хотя ананкастические личностные черты (или нарушения) не необходимы или достаточны для развития ОКР, индивидуумы с этими чертами, вероятно, более готовы к развитию, по крайней мере, некоторых форм расстройства» [2].

Обсессивно-компульсивные личности придают большое значение мышлению, рациональности и логике, стремясь придумать или заимствовать какую-то логическую схему, и руководствоваться ею всю жизнь. Это касается специальностей, стиля отношения с людьми. Если их интересы распространяются на область науки, типичным для них вопросом будет примерно такой: «А почему вы предлагаете концепцию, которая отличается от рассматриваемой вами ранее?» Им непонятна и трудно приемлема быстрая изменчивость современного мира. Способность отстраниться от ранее выбранной схемы и развиваться далее крайне затруднена. Стремление постоянно ссылаться на авторитеты ограничивает возможности самосовершенствования, нахождения новых идей и реализаций.

Наличие вышеупомянутых личностных особенностей является объективным тормозом творческого развития. Работающие в производственной сфере психологи обращают внимание на отсутствие в некоторых организациях необходимой гибкости, что может быть связано с работоголиными характеристиками лиц, занимающих ключевые позиции. Такие люди односторонне воспринимают только ту информацию, которая соответствует их стилю восприятия и мышления. Если информация подается в каком-то другом ракурсе, она не воспринимается, не выслушивается, определяется как неинтересная, случайная, не заслуживающая доверия, или активно отбрасывается как угроза для существующей системы ценностей и мотиваций.

Обсессивно-компульсивные личности фиксированы на необходимости выполнения не только физической, но и других видах деятельности. Они получают удовольствие от осознания успешно решенной проблемы, гордятся способностью справляться с поставленными задачами, умением обдумывать и анализировать. Это сильная сторона их личности, полезная для общества.

Акцент на доминирующих сферах мышления и реализации активности приводит к диспропорциональности в использовании различных психологических функций. Подавленными

оказываются мало используемые чувства. При ОКЛР отрицание чувств, репрессирование их в бессознательную сферу выражено в большей степени, чем при нарциссическом расстройстве. ОКЛР пациенты долго не раздумывают, они прямо выражают свои чувства, в отличие от нарциссических личностей. Неосознанное вытеснение чувств, занятость рациональными видами деятельности приводят к тому, что они не позволяют себе отвлекаться. Любое удовольствие, не связанное с деятельностью, считается предосудительным, а проявление чувств – признаком распущенности. В отличие от нарциссических лиц, обсессивно-компульсивные личности относятся к проявлению сексуальных чувств, как к неморальному явлению.

Возможно создание сложных когнитивных конструкций с использованием религиозного чувства и его рационализацией. Репрессия чувств приводит к чрезвычайной ранимости в сфере межличностных отношений. Проявление чувств и другие стороны эмоциональной жизни – слабое звено их личностной структуры. Отсюда акцент на выстраивании профессиональных отношений. Успешные производственные отношения переносятся на семейные взаимодействия. Члены семьи это чувствуют, испытывают постоянное раздражение и обиду.

Лица с ОКЛР оказываются очень слабыми в ситуациях, которые требуют эмоционального участия. Даже проявление ролевого участия для них сложно. Это делается неискренне, надуманно, вымученно под влиянием размышлений о долге: «Если этот человек пострадал, а он – мой знакомый, я должна/должен проявить участие».

Межличностные контакты лиц с ОКЛР очень однообразны. Количество используемых эмоций ограничено. Проявлять некоторые из них они вообще не способны. Тонкие нюансировки эмоций и умение «пользоваться» их оттенками отсутствуют. Поскольку эмоции, загнанные в бессознательную сферу, накапливаются, не трансформируются и в достаточной степени не развиваются, постоянно существует угроза их прорыва в сознание. Это возможно в случае «удара по слабому месту» – по системе ценностей, например, при наличии критики сделанной работы, осуждения, «разноса» со стороны начальства и т. д. Прорвавшиеся в сознание эмоции могут приводить к тяжелейшим последствиям – инфаркту, инсульту. Употребление алкоголя способно спровоцировать эмоциональный всплеск.

У лиц с ОКЛР нами наблюдались необычные формы алкогольного опьянения, сопровождающиеся выраженной агрессией, разрушительными действиями с атакой на случайного человека, в котором виделся «враг» или человек, олицетворяющий зло. Вопрос о том, насколько типичны подобные проявления для лиц с ОКЛР, требует дальнейшего исследования.

Эмоциональный взрыв может выражаться у лиц с ОКЛР во внезапном и неожиданном сексуальном увлечении. Возникшая страсть носит лавинообразный характер. Человек буквально «срывается с тормозов», ломает социально-приемлемые схемы поведения, не думая о последствиях.

Р. Маккиннон (R. MacKinnon) и Р. Мичелс (R. Michels) [8] считают, что основой главного эмоционального конфликта у обсессивно-компульсивных лиц является ярость, вызванная осознанием того, что тебя контролируют, и страх возможного осуждения или наказания. Эти аффекты обычно подавляются или рационализируются, и в обычном разговоре выявить и как-то добраться до них невозможно. Слова используются не для того, чтобы выразить свои чувства, а для того, чтобы их скрыть. Аналитики, проводящие интервьюирование таких пациентов, на вопрос, как они себя чувствуют или какие чувства испытывают в какой-то ситуации, в качестве ответа получают не описание содержания своих переживаний, а интерпретацию сопровождающих эмоции мыслей: «Я думаю, что я чувствовал…». Приведенный пример подтверждает доминирование в психической деятельности рациональности и мышления.

Иногда аналитик чувствует наличие у пациентов необъяснимой злости, которую в ряде случаев они стараются скрыть, не желая говорить на эту тему. Возможен перенос отрицательных эмоций на аналитика, вызванный необоснованными подозрениями.

Интересно, что свойственную таким людям злость они считают для себя приемлемой и оправданной: «Да, я зол на этого человека, потому что все, что он делает, он делает не так, как надо». Они могут оправдывать и возникающее у них время от времени чувство раздражения.

Для лиц с ОКЛР характерно стремление к изоляции, как к психологической защите. Считается, что если в этом обсессивно-компульсивном компоненте преобладает компульсия, т. е. фиксация на необходимости совершения каких-то видов активностей, то основным защитным процессом является неделание, а у преимущественно навязчивых лиц – изоляция. Т е, кто в равной мере обсессивны и компульсивны, используют и изоляцию, и неделание. Высокофункциональные обсессивные лица обычно не используют изоляцию в выраженных, экстремальных формах ее проявления. Они предпочитают боле зрелые способы защиты, отделяя аффект (эмоции) от когниции (рассуждения). Они используют рационализацию, морализацию, компартментализацию, а иногда – формирование реакции, когда делается что-то противоположное, например, человек кого-то ненавидит и в психологической защите подчеркивает любовь к этому человеку: «Я очень люблю свою сестру, а, вообще, я ее ненавижу». Возможно использование перемещения. Особенно часто перемещается злость от одного человека на другого, от истинного, настоящего источника злости на нейтральный объект, не имеющий ко всему происходящему никакого отношения. Опасность такого перемещения заключается в возникающем впоследствии чувстве стыда.

Обсессивные лица переоценивают значение когниций, интеллекта, ментализации (конструкций определенного ментального, психического поля, в которых содержатся образы различных людей, вещей, отношений, планы и особые схемы их поведения). Значение ментальных схем гипертрофируется. Обсессивные личности считают, что если они создали какую-то схему для определенной ситуации, то эта ситуация именно таким образом и выглядит и будет развиваться в строгом соответствии с намеченной схемой. Если события идут по-другому, возникают растерянность и обескураженность. Они стараются сделать так, чтобы на создание ментальных схем не влияли чувства, поскольку эмоциональная составляющая делает схемы неправильными, неадекватными, дезорганизованными, и поэтому зорко следят за тем, чтобы не потерять контроль, не позволить «необъективному» чувству овладеть собой.

Присущая им подозрительность условно разделяет людей на врагов и друзей. Те, кто еще недавно считался друзьями, легко переносятся в разряд врагов.

Включение «неотшлифованного» эмоционального компонента в ряде значимых ситуаций делает межличностные отношения нестабильными. Количество совершаемых при этом ошибок, связанных с неспособностью понимать эмоции других людей и эмпатизировать (чувствовать) их, поражает. Они не могут предугадать и правильно оценить даже обычные эмоциональные реакции, не требующие глубокого анализа.

Можно констатировать у лиц с ОКЛР наличие стремления к продуктивности, к деятельности в широком смысле слова. Непонимание и конфликты с сотрудниками возникают по причине требования проявления у них такого же стремления. Они руководствуются, например, принципом: «поскольку вы моложе меня, вы можете сделать больше, чем я» и очень переживают, если надежды не оправдываются. Людей обвиняют в лени, безалаберности, разгильдяйстве.

Стремление к постоянной деятельности объективно приводит к желанию занять ею все свободное время. Косвенным образом лица с ОКЛР заставляют других людей подчиняться выбранному ими стилю жизни. Если они занимают руководящие должности, то создают атмосферу псевдозанятости, заставляя делать ненужные вещи, которые не имеют прямого отношения к производственному процессу. Поэтому их часто обвиняют в «хронофагии», стремлении занять все время своих подчиненных. Косвенно это выражается в желании видеть этих людей чаще, «иметь их перед глазами». Хотя им первично не свойственна тенденция к контактам, тем не менее ради «общего дела» они могут даже инициировать организацию встреч, праздни-

ков. Люди с обсессивным характером часто бывают эффективными в выполнении ограниченных социальных ролей, но семейные роли и интимные отношения выстраиваются ими поверхностно.

Многие из них испытывают затруднения в выражении чувств любви и привязанности. В этих случаях появляются стыд, а иногда тревога. Превращение любого психического акта в рассуждение является «провальной» позицией, поскольку далеко не каждая активность человека может быть рассмотрена с точки зрения рационального анализа.

Стремление к изоляции – это желание уйти из зоны, где их деятельность может быть подвергнута критике. Эта черта свойственна и нарциссическим лицам, у которых эта особенность носит несколько иной характер. Страх оказаться несостоятельным представлен в меньшей степени, а страх того, что их «Я» будет разрушено, вообще отсутствует, т. к. у них нет нарциссической грандиозности. Тем не менее, они считают, что не могут позволить себе ряд вещей, которые будут мешать их деятельности. Если они не будут изолироваться, то люди будут мешать им, докучать «различными глупостями», навязывая себя и ненужные виды активностей.

Иногда эти лица настолько изолируются, что, по мнению Н. Маквильямс [9], напоминают шизоидных. Следует помнить, что изоляция у шизоидных лиц идет по другим механизмам. Одной из частых ошибок психиатров является распространение симптомов шизофрении на шизоидные личности, отнесение их к числу неэмоциональных. Это является глубоким заблуждением, поскольку шизоидные лица на самом деле обладают способностью испытывать очень сильные эмоции, которые они внешне не проявляют. Лицам с навязчивостью больше свойственна психическая ригидность, «одеревенелость» и «роботообразность» как реакции на обычные ситуации, поскольку пропасть между мышлением и эмоциями велика.

Н. Маквильямс подчеркивает, что серьезно выраженная обсессивность может граничить с паранойей. Она пишет о незначительной дистанции между экстремальной обсессией и бредом.

Следует подчеркнуть, что, несмотря на то, что обсессивные и компульсивные лица в диагностических рамках (DSM-IV, ICD-10) объединяются в одну диагностическую категорию, между обсессивными и компульсивными клиентами имеются существенные различия. Так, например, лица с компульсивной организацией, по сравнению с обсессивными, по-другому подходят к принятию решений. Они осуществляют выбор импульсивно, не анализируя альтернативные варианты. Им несвойственно откладывание «на потом» и мучительные размышления. Компульсивные лица могут совершать импульсивные поступки, которые не всегда деструктивны. Так, например, водитель машины, рискуя своей безопасностью, резко тормозит, чтобы не сбить оказавшееся на дороге животное, что связано с «автоматической обязанностью» сохранять жизнь [9].

Обсессивные лица поддерживают свою самооценку фантазированием и мышлением, компульсивные – «деланием». Для компульсивных лиц работа является основным источником самооценки, потеря работы оказывается тяжелой психической травмой и часто приводит к развитию депрессии.

Как обсессивные, так и компульсивные лица сверхкритичны к себе, склонны обвинять себя в жадности, тщеславии, похотливости, зависти, лености, черствости и т. д. Они способны осуждать себя не только за действия, но и за мысли, за содержания образов воображения, относя многие из возникающих у них чувств к категории предосудительных и заслуживающих порицания.

Обсессивно-компульсивные лица концентрируются на деталях, не воспринимая целого, как говорят, «не видят за деревьями леса». Они слышат слова, но не слышат музыку, избегают ощущения «целостности эмоционально нагруженной ситуации».

Проведение психотерапевтической работы с такими пациентами может быть затруднено, в связи с их обстоятельностью и «застреванием» на мелочах.

Очень важно учитывать и правильно интерпретировать их ранимость в отношении стыда. Н. Маквильямс [9] обращает внимание специалистов на необходимость избегания давать советы, торопить с принятием решений, критиковать за бездеятельность, изоляцию и не выступать в роли требующего, контролирующего родителя. В то же время автор подчеркивает важность установления эмпатического контакта, отсутствия формальности, проявлений незаинтересованности терапевта, и делает акцент на сочетании эмоционально содержательного молчания и адекватных интерпретаций.

Неделанье, как защитный механизм, у компульсивных лиц бывает связанным с магической защитой. Присущее таким людям магическое представление вербализуется примерно так: «Если я не сделаю чего-то, то что-то не произойдет». Компульсивная организация может разрушать психологическую защиту неделания, приводя к проявлениям компульсивного поведения в виде чрезмерных выпивок, переедания, приема веществ, изменяющих психическое состояние, азартной игры, сексуализации. В таком случае говорят о психотическом или пограничном уровне компульсивной организации, при которой личностная организация может приобретать черты пограничного состояния и выходить даже на психотический уровень.

Компульсивность отличается от импульсивности тем, что при компульсивности определенное действие повторяется снова и снова каким-то по-своему организованным и нарастающим образом. При импульсивности, свойственной пограничным лицам, этот признак отсутствует.

Компульсивность, например, проявляется в том, что люди покупают продукты питания и съедают их полностью, несмотря на то, что уже не голодны. Они могут заниматься уборкой и не в силах переключиться на что-то другое, несмотря на возникшую необходимость отвлечься. Насильственное делание заставляет человека застревать на этом виде активности, пропускать что-то другое, опаздывать на не менее важное мероприятие, встречу. Считается, что аналогичное состояние свойственно некоторым аддикциям, невозможность отвлечься от которых сопровождается словами: «Ну, вот еще чуть-чуть и все!»

Иногда компульсивное поведение строится на бессознательных фантазиях всеобъемлющего контроля ситуации. Если человек оценивает свои стремления и фантазии как опасные, он противопоставляет их неделанию.

З. Фрейд, анализируя пациентов с анальным эротизмом, обращал внимание на такие характеристики их личности, как сверхстремление к чистоте, упрямство, озабоченность пунктуальностью, стремление к удерживанию разных вещей, нежелание отдавать их другим. Обнаруженные автором особенности заключались в использовании языка, стремлении грубо шутить, используя символы, характерные для анального эротизма. Выявлялись сновидения с агрессивными тенденциями, особое содержание воспоминаний. Например, частое упоминание о нюансах, связанных с туалетом, детские воспоминания о задержке стула и т. д.

Причиной развития такой структуры личности является слишком ранняя фиксация родителей на тренинге туалета, чрезмерная вовлеченность и жесткость родителей в вопросах его контроля.

Психоаналитики обнаруживают у лиц с обсессивно-компульсивным расстройством чувство контроля и негативного обсуждения собственных действий со стороны. Настороженность в плане наличия такого мониторинга и осуждения сочетается с необходимостью делать все совершенно, чтобы избежать критики и самокритики. С этими переживаниями пытаются связать возникновение злости и агрессивных фантазий, направленных против потенциально возможных «контролеров». Они видят себя глазами лиц, осуществляющих такой контроль, отождествляют себя с возникающей при этом отрицательной оценкой: «Они думают обо мне, что я очень плохой человек, что у меня грязные мысли». Низкая самооценка и чувство собственной неадекватности проецируются на других людей с появлением мнения, что они думают о них так же плохо. Вышеперечисленные особенности вызывают у людей с ОКЛР эмоции злости,

стыда и страха, что не может не отражаться на их поведении. В случае отклонения от поведения, направленного на сохранение идентичности, самооценка снижается. Известный венгерский классический психоаналитик С. Ференчи (S. Ferenczi) [4] в 1925 году обозначал этих людей как обладающих «сфинктерной моралью» с выраженным жестким superego, действующих по принципу «все или ничего».

С точки зрения классического психоанализа, этиология ОКЛР связана с затруднениями, возникающими в периоде анальной стадии. Дети, приближающиеся к двухлетнему возрасту, фокусируются на обучении навыкам туалета. В это время возможно возникновение напряжения в отношениях с родителями, в связи с их бессознательно отрицательным отношением к нарушениям процесса дефекации. Обучаемые тренингу туалета слишком рано и жестко до физиологического созревания ректального сфинктера дети оказываются вовлеченными в борьбу с родителями. Здесь имеет место первое вторжение социализации в практически не ограниченное до тех пор социальными запретами существование.

Сверхамбициозные и требовательные родители вызывают у не справляющихся с задачей детей негативные чувства по отношению к себе: они чувствуют себя плохими, грязными. Темы чистоты, упрямства и контроля формируются на этой стадии развития. Неспособность соблюдать правила лежит в основе повторяющихся разочарований, что, в свою очередь, провоцирует появление гнева и стремление к агрессии.

М. Стоун [12] обнаруживает большую частоту ОКЛР у старших детей в семье, которые, по мнению их родителей, должны быть более ответственны, чем младшие.

Согласно М. Стоуну [12], ОКЛР страдает 1 % населения. Мужчины – в два раза чаще, чем женщины. Нарушение чаще обнаруживается у лиц, профессия которых требует пристального внимания и концентрации на деталях.

Примерами удачного изображения лиц с ОКЛР в кино и литературе могут быть: Стивенс в исполнении Энтони Хопкинса в кинофильме «Остатки дня» (по одноименному роману Казуро Ишигуро (Ishiguro) – премия Буккера за 1989 год) [7]. Стивенс – дворецкий в старом английском имении. Его единственной целью и смыслом жизни является соблюдение порядка и обслуживание своего хозяина. Стивенс полностью поглощен своими обязанностями и старается безукоризненно их выполнять. Потрясает сцена, в которой Стивенс отказывается покинуть свой пост во время приема, в то время, когда в том же доме умирает его отец. Стивенс лишен возможности познать многие стороны жизни – интимность, любовь, активное сопереживание.

ОКЛР отображено Чарльзом Диккенсом в фигуре Скруджа в рассказе «Рождественская колядка» («A Christmas Carol»).

Список литературы

1. *Black, D., Noyes, R.* Obsessive-Compulsive Disorder and Axis II. International Review of Psychiatry, 1997. 9, 111–118 p.

2. *Claridge, G., Davis, C.* Personality and Psychological Disorders. London, Arnold, 2003.

3. *Diaferia, G., Bianchi, I.* et al. Relationship Between Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. Comprehensive Psychiatry, 1997. 38, 38–42 p.

4. *Ferenczi, S.* Psychoanalysis of Sexual Habits. International Journal of Psycho-Analysis, 1925, 6,372–404 p.

5. *Guidano, V., Liotti, G.* Cognitive Processes and Emotional Disorders. New York, Guilford Press, 1989.

6. *Horney, K.* New Ways in Psychoanalysis. New York. Norton, 1939.

7. *Ishiguro, K.* Remains of the Day. New York. Knopf (1st American Edition), 1989.

8. *MacKinnon, R., Michels, R.* The Psychiatric Interview in Clinical Practice. Philadelphia, Saunders, 1971.

9. *McWilliams, N.* Psychoanalytic Diagnosis. New York, Guilford Press, 1994.

10. *Puzynski, S.* Encyklopedyczny Slownik Psychiatrii, L. Korzeniowski, S. Puzynski (Eds.) Warszawa. PZWL, 1978.

11. *Ratey, J., Johnson, C.* Shadow Syndromes. New York, Bantam, 1998.

12. *Stone, M.* Abnormalities of Personality. New York, Norton, 1993.

Мазохистическое (самоповреждающее) личностное расстройство

Мазохистическое личностное расстройство (МЛР), наряду с садистическим личностным расстройством, было введено в приложении к DSM-III-R (1987) в качестве диагностической категории, требующей дальнейшего изучения, что не сохранилось в DSM-IV.

Мы приводим основные характеристики МЛР в связи с возможностями установления перехода к нему от ОДЛР (также как и от нарушения поведения к антисоциальному личностному расстройству). Установление самой возможности таких развитий для других форм личностных расстройств представляет несомненный интерес как для теории, так и для практики раннего распознавания риска и осуществления превентивных подходов.

Основной стратегией лиц с МЛР является целенаправленное вовлечение в неблагоприятные жизненные ситуации, заранее предполагающие психическую травматизацию, унижение и страдание. Пациентки/пациенты с МЛР отрицательно реагируют на все положительное, происходящее в их жизни. Достижения воспринимаются как незаслуженные, случайные и вызывают чувство не радости и удовлетворения, а чувство вины и стыда.

Имеет место активное избегание мест и ситуаций, связанных в широком плане с возможностью получения удовольствия. Сама мысль о приятном провождении времени вызывает эмоциональное напряжение и отвержение. Характерна недостаточная продуктивность в различных сферах деятельности, особенно в тех случаях, когда нужно сделать что-то для себя и своей карьеры. Лица с МЛР не стараются устанавливать и развивать контакты с хорошо относящимися к ним людьми, даже если от последних многое зависит в их жизни.

Само существование самоповреждающего поведения в свое время явилось вызовом первоначальной теории З. Фрейда, согласно которой организм старается получить удовольствие, максимизировать его и избежать боли в соответствии с «принципом удовольствия» (в дальнейшем модифицированном в «принцип реальности»). В дальнейшем З. Фрейд пересмотрел свою метапсихологию и, в конце концов, постулировал наличие «аутодеструктивного драйва» (побуждения), полюсного по отношению к либидинозному побуждению. В 1924 году З. Фрейд расширил прежнее узко сексуальное значение мазохизма, введя для этого термин «моральный мазохизм». Т. Райх (T. Reich) в 1933 году включил «мазохистический характер» в ряд своих личностных типов. Т. Райх подчеркивал при описании мазохистического характера фиксацию на самоповреждениях, страданиях; самообесценивающее поведение. Бессознательной основой подобных нарушений Т. Райх считал бессознательное желание «мучить других собственной болью».

Моральное мазохистическое поведение носит, в целом, самоотрицающий характер. О. Кернберг [11] и другие указывают, что иногда человек, исходя из моральных позиций, может подвергнуть себя страданию, отказаться от индивидуального комфорта во имя чего-то более значительного. Х. Дейч [2] считала само материнство внутренне мазохистичным. Люди могут жертвовать своей жизнью, здоровьем, безопасностью во имя целей, которые они считают очень значительными. Здесь возможны различные варианты, в том числе и входящие в рамки фанатизма. Н. Маквильямс приходит к выводу, что свойственная лицам с СЛР «мазохистическая организация» имеет общие черты сходства с депрессивной организацией. Разница заключается в том, что лица с МЛР, в отличие от депрессивных, частично критичны к себе и, наряду с осознаваемой грустью и бессознательным чувством вины, переживают также гнев, желание мести, испытывают негодование в случаях отрицательного отношения к ним.

Психологические запреты при МЛР включают интропроекцию, идеализацию и действия типа «acting out» («действия напоказ») самопоражающего характера. Для того чтобы справиться с внутренними переживаниями, пациенты/пациентки используют морализаторство. Н.

Маквильямс считает, что лица с СЛР во многом напоминают депрессивных, хотя они значительно более активны (внешне и внутренне). Они, например, пассивно не ожидают наказаний со стороны авторитетных лиц, которые плохо относятся к ним, а выступают первыми, провоцируя эти действия. Это снижает тревогу ожидания неизвестного. Д. Саффридж (D. Suffridge) [20] называет такое поведение «трансформацией пассивного (поведения) в активное». По сути дела, используется механизм «повторения компульсии» – воссоздания отрицательных переживаний раннего периода, для того, чтобы лучше справиться с ними на новом уровне взрослого периода. Т. Рейк (T. Reik) [16] в 1941 году исследовал различные варианты мазохистического acting out и обнаружил следующие варианты реализуемой таким образом психологической защиты:

1. Провокация (наказание).
2. Умиротворение («Я уже страдаю, поэтому не наказывайте меня больше»).
3. Эксгибиционизм («Обратите на меня внимание, мне очень плохо, я страдаю»).
4. Отклонение вины («Вы видели, что вы заставили меня сделать!»).

Лица с МЛР используют также в качестве психологической защиты отрицание в замаскированной форме. Они, например, могут демонстрировать своим поведением и словами, что страдают от кого-то, но в то же время отрицать, что испытывают плохие чувства и убеждают других в хороших чертах и хороших намерениях возможного агрессора.

В литературе широко представлена точка зрения о том, что мазохистические индивидуумы перенесли в детстве менее тяжелую психическую травму, по сравнению с депрессивными. По выражению И. Хаммера (E. Hammer) [8], мазохистический индивидуум – это депрессивный индивидуум, у которого все еще присутствует надежда. Травматическая потеря, приведшая к депрессивной реакции, не подействовала так сильно, что ребенок потерял надежду стать когда-то кому-то нужным и любимым.

В развитии МЛР, очевидно, имеет значение неразрешимая проблема зависимости и страх остаться в одиночестве. Лица с МЛР иногда больше бояться быть покинутыми, чем подвергаться унижениям и физическому насилию. Это обстоятельство подчеркивает А. Расмуссен (A. Rasmussen) [15]. Она пишет, что, будучи отделенными от своих мучителей, «большинство субъектов попадает в пропасть такого острого отчаяния, что они погружаются в Большую Депрессию и почти не в состоянии функционировать». Многие описывают состояние «неспособности питаться, вставать с постели и взаимодействовать с другими». В отличие от депрессивных личностей пациенты/пациентки с МЛР не стремятся к уходу в одиночество, а стараются активно спроецировать отрицательные чувства к себе на других, создать впечатление, что проблема находится вне, а не внутри их.

Самоповреждающее поведение входит в структуру других психических нарушений, но в каких-то случаях может выступать на первый план, являться доминирующим признаком, и тогда с ним нужно работать как с самостоятельным симптомом. Например, если у человека с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), страдающего нарушением сна, ночными кошмарами и другими, присущими этому нарушению признаками, параллельно диагностируется выраженное самоповреждающее поведение, приходится работать с этой симптоматикой, не избавляя человека от ПТСР, а лишь частично помогая ему. Если самоповреждающее поведение принимает угрожающее размеры, тогда следует, в первую очередь, обращать внимание на него. Таким образом, следует диагностировать, вытекает ли самоповреждающее поведение из другого психического расстройства или является самостоятельным симптомом. В последнем случае устранение его является делом более сложным, т. к. ни нейролептики, ни, например, антидепрессанты (если самоповреждения возникают на основе депрессии) его не устранят. Необходима тщательная психологическая коррекция. Если самоповреждающее поведение является одной из форм аддикций, например гэмблинга (игровой зависимости), есть смысл корригировать таких пациентов как аддиктов.

В истории жизни этих лиц имеют место различного рода психические травматизации, которые уходят корнями в детский период. Установлена связь такого поведения с сексуальным насилием в детстве и пренебрежением ребенком. Изучение порезов и повреждений в таком аспекте позволяет сделать вывод о наличии у пациентов стремления таким образом восстановить контроль над своим телом. Эти состояния связывают с анорексией по одному из схожих психологических механизмов их возникновения. В сценариях самоповреждения могут проигрываться различные роли, например жертвы, преследователя, агрессора, человека, наблюдающего за тем, как это все проходит, осуществляющего заботу, как бы излечивающего возникшие в результате самоповреждения раны.

Некоторые лица рассматривают самоповреждение в качестве самонаказания, чувствуя себя виновными за то, что происходило в раннем периоде жизни. Другие относятся к нему как к способу снятия внешней агрессии. «У меня возникает агрессия против других людей, но таким образом я снимаю ее, направив на себя», – говорят они. Содержательная сторона может меняться. Вначале возникает одна идея, которая сочетается с самоповреждающими действиями, потом она сменяется другой. Например, пациенты отмечают, что сначала им хотелось, чтобы кто-то обратил внимание на их действия и посочувствовал, а потом эта концепция уходит на второй план.

Некоторые из них говорят, что, совершая самоповреждения, они наблюдают за процессом совершения этих действий со стороны, как бы отделяясь от себя.

Иногда после акта самоповреждения наступает сонливость. Некоторые лица сравнивают самоповреждающее поведение с сексуальной активностью. «Резальщики» используют собственную кожу для изменения настроения и своего психологического состояния, в котором они не могут разобраться. Сопровождающая самоповреждения интенсивная боль изменяет это состояние и приносит им удовлетворение.

А. Фавацца (A. Favazza) [5, 6] подчеркивает, что самоповреждающее поведение не является мазохистическим и суицидальным. Секретность этого поведения, стремление скрыть его от других людей выступает на первый план. Даже если вначале желание что-то продемонстрировать присутствует, оно быстро проходит и появляется мысль, что окружающие не будут им сочувствовать, и если они увидят их действия, это приведет к отбрасыванию и пренебрежению. Возникает чувство стыда. В связи с продолжающимися самоповреждениями, изолированность возрастает, пациенты «уходят в подполье», меньше говорят, интересы меняются.

При ряде психических нарушений разного уровня часто встречается феномен «самоповреждающего поведения». Под самоповреждением обычно понимают целенаправленное прямое несуицидальное нарушение или изменение кожных покровов, тканей. За последние несколько лет в подходах к этому явлению произошли существенные изменения. До конца 1990-х годов феномен самоповреждения рассматривался как некая увертюра совершения самоубийства. Современные исследования показывают, что речь идет о совершенно ином явлении, которое имеет свои параметры и механизмы.

Данный феномен наблюдается при таких состояниях, как пограничное личностное расстройство; посттравматическое стрессовое расстройство различного генеза; злоупотребление веществами, изменяющими психическое состояние; алкоголизм; труднообъяснимые явления психологического дискомфорта; тревожные состояния, начиная от маловыраженных и кончая приступами паники с тревогой, достигающей психотического уровня.

Специалисты, работающие с людьми, страдающими пограничным личностным расстройством, обратили внимание на связь самоповреждений с обострением аутодеструктивного побуждения. Тщательное исследование проблемы позволило выявить лиц, которые бессознательно прибегали к самоповреждению, не имея осознанного стремления к совершению самоубийства. У тех, кто не «дотягивает» до уровня пограничного личностного расстройства, самоповреждение выступает как доминирующий уровень нарушения поведения.

В связи с выявленными особенностями, появилась идея об аддиктивном характере тяги к самоповреждающему поведению. Стали говорить о самоповреждениях как аддикции к достижению «близких к смерти состояний». Отмечено, что ряд людей, которые стремятся пережить эти состояния, не могут точно вербализовать смысл того, что они делают, но, в целом, отмечают, что эти состояния приносят им какое-то облегчение, избавляют от внутреннего напряжения и негативных чувств, избавиться от которых каким-то другим способом невозможно.

В последнее время сделана попытка проанализировать феномен самоповреждений в транскультуральном плане. В книге, которая получила широкую известность, – «Яркий красный крик» Мэрили Стронг (Marilee Strong) [19], приводятся примеры самоповреждений в Марокко, носящих ритуальный характер и не имеющих отношения к суицидальному поведению. Народные целители вводят себя в состояние «лихорадочного безумия», во время которого они наносят себе глубокие порезы в области головы. Присутствующие на этой церемонии люди, которые хотят излечиться от страданий, погружают приготовленные заранее кусочки сахара или хлеба в кровь целителя, воспринимаемую ими как высокоэффективное лекарство, а затем съедают. Подобное самоповреждение является позитивным действием, которое обеспечивает излечивание от болезни. Наблюдающие эти церемонии авторы задавались вопросом, могут ли сами пациенты исцелить таким способом еще кого-то или хотя бы сами себя. Таким образом, наблюдения показывают, что самоповреждающее поведение как часть культуры, ритуала не считается патологическим явлением.

Самоповреждающее поведение может быть проявлением социальной жизни, ритуалов, символов, определенных убеждений, верований. В некоторых обществах самоповреждение является интегральным компонентом человеческого опыта, переживаний. Самоповреждение корригирует и предупреждает угрожающие стабильности общества явления.

Подобные ритуалы используются для лечения болезненных состояний, в спиритуальном аспекте. Известно, что шаманы в процессе лечения широко используют контакт с миром духов. Чтобы стать шаманом и обладать присущими этому статусу психологическими особенностями, необходимо пройти через ряд испытаний, которые могут включать самоповреждающие действия. Нужно пережить возникающие в процессе формирования личности шамана видения, сны, частым элементом которых является расчленение тела с последующим его восстановлением. Результатом видений является вторичное возрождение шамана как более здорового, сильного, обладающего новыми, не свойственными ему ранее способностями лечить других и, в том числе, самого себя.

Представители ряда религиозных верований совершают повреждающие ритуалы с целью жертвоприношения богам, достижения специальных состояний экстаза, необычных ощущений инсайта. Индусы, например, пронзая части своего тела острыми предметами, отдают тем самым дань богу. Если рассмотреть это явление с другой точки зрения, можно обнаружить наличие связи с феноменом инициации. Эти ритуалы осуществляются в период достижения подросткового возраста и ассоциируются со способностью молодежи исполнять определенные социальные роли. Ребенок должен как бы заплатить за предоставляемую ему возможность социализации определенную цену, должен выстрадать ее. Посвящение в члены различных организаций, клубов часто включает в себя самоповреждающие ритуалы. Коллективное самоповреждение способствует созданию атмосферы определенного союза, братства. Во всех вышеперечисленных случаях самоповреждающее поведение не имеет отношения к феномену суицида.

Большинство психиатров до последнего времени объединяли различные самоповреждения в одну группу, не анализируя особенности конкретных случаев. В 1938 году К. Меннингер (K. Menninger) [12] пытался дифференцировать отдельные категории самоповреждений и дать им психоаналитическую трактовку. Он рассматривал, например, генитальную кастрацию

как прототип всех форм самоповреждения, а любую часть тела, которая повреждалась, считал бессознательной репрезентацией генитального органа.

А. Фавацца (A. Favazza) и К. Контерио (K. Conterio) [5] выделяют понятие девиантное самоповреждение, предлагая классифицировать его на:

1) большое;

2) стереотипное;

3) простое или упрощенное.

Автор выделяет три вида самоповреждений.

К большому самоповреждению относятся редкие, но чрезвычайно повреждающие действия (кастрация, отрубание части тела). Анализ случаев большого самоповреждения выявляет их связь с нарушениями психотического уровня и обнаруживает религиозные, сексуальные (желание мужчины стать женщиной) и другие его причины.

Стереотипное самоповреждение представляет собой монотонное, ритмическое, повторяющееся действие в виде, например, битья головой о стену, кусания частей своего тела. Специальное символическое значение этих действий выявить не удается, так же, как и обнаружить связь между этим видом самоповреждения и содержанием мышления. Обращается внимание, что такие ритмические действия часто наблюдаются у лиц со сниженным уровнем интеллекта – от умеренной до выраженной степени. Такой вид самоповреждения описан, например, у лиц, страдающих аутизмом.

Простое самоповреждение может быть «поверхностным» или умеренным. Это наиболее часто встречающийся вид самоповреждений. Оно начинается обычно в раннем подростковом периоде и включает такие действия, как выдергивание волос, царапание кожи, откусывание ногтей. Выделяют насильственный тип – компульсивное самоповреждение. Оно включает нанесение кожных порезов, вырезаний знаков на коже, обжигание, прокалывание себя иглами, препятствие заживлению ран путем расцарапывания, снятия с себя повязок.

К субтипам этого вида относятся эпизодический тип и часто повторяющийся. Наиболее частыми из них являются порезы и прижигания, которые возникают эпизодически и провоцируются стрессовыми ситуациями. Они являются симптомом или одним из признаков различных психических нарушений, включающих следующие личностные расстройства: пограничное, гистрионическое, антисоциальное, иногда диссоциативное расстройство, ПТСР и участившиеся в последнее время нарушения, связанные с едой (аддиктивное переедание, реже – голодание).

Аналитики, работающие с пациентами с самоповреждающим поведением, обнаруживают, что эти действия являются своего рода самопомощью, обеспечивающей быстрое кратковременное облегчение. Сами пациенты говорят, что такое поведение помогает им остановить развитие появляющейся тревоги, снять явление деперсонализации. Ряд лиц использует самоповреждение как способ избавиться от «скачки» мыслей, которая плохо переносится.

Учащающееся эпизодическое самоповреждающее поведение может овладеть пациентом, стать доминирующим с появлением феномена сверхзанятости самоповреждающим поведением, которое, повторяясь снова и снова, приобретает «самостоятельную жизнь». Жизнь пациента начинает структурироваться вокруг такого варианта поведения. Он все время думает об этом, ему даже снятся сны соответствующего содержания. Естественно, что мысли и акты самоповреждения скрываются от других людей.

Можно сказать, что такие лица приобретают новую идентичность – «идентичность с самоповреждением». Их иногда называют «резальщики». По сути, возникает статус аддиктивного состояния.

Длительность такого состояния обычно составляет 10–15 лет и чередуется с нарушениями в виде клептомании, злоупотребления алкоголем или веществами, изменяющими психическое состояние. Следует обратить внимание на то, что совершающие повторяющиеся само-

повреждающие действия лица в действительности умирать не хотят, у них нет такой цели, но «закрученность» в системе самоповреждения деморализует, декомпенсирует, «депрессирует» их до такой степени, что они могут совершать настоящие суицидальные акты, в связи с невозможностью контроля над самоповреждающим поведением. На эти особенности обращает внимание А. Фавацца [6].

Одной из причин такого поведения является чувство социальной изоляции, связанное с ощущением, что никто по-настоящему не может понять их проблему.

В 1997 году в журнале «Нью-Йорк Таймс» была опубликована большая статья, посвященная самоповреждающему поведению. В ней говорилось о том, что согласно статистике, миллионы людей регулярно и целенаправленно наносят себе повреждения, причем многие из них делают это насильственно. В статье сообщалось, что акты самоповреждения в виде порезов не являются суицидальными действиями, и приводилась ссылка на «Новый Завет», в котором описывается проживающий на кладбище человек, наносящий себе порезы камнями.

Сегодня специалисты могут включать это поведение в состав других нарушений как самостоятельный диагноз. Некоторые квалифицируют такие действия как аутоагрессию, как насилие над собой.

Обнаруживается, что у «резальщиков» самоповреждения снимают психологическую боль путем «выброса» отрицательной психической энергии наружу. Эти люди повреждают себя не для того, чтобы вызвать ощущение физической боли, а с целью облегчения, устранения психологической боли, пытаясь вытащить «внутренних демонов» наружу. Таким образом, самоповреждение является символом не суицида, а наоборот – борьбы за жизнь.

В последнее время обращают внимание на то, что в истории жизни этих лиц имеют место различного рода психические травматизации в детском возрасте. Устанавливается связь с сексуальным насилием и пренебрежением ребенком. С этой точки зрения, самоповреждения могут служить способом восстановления контроля над своим телом. Эти состояния, так же, как и анорексия, развиваются по похожим психологическим механизмам. Они позволяют в процессе самоповреждения проигрывать различные роли – жертвы, агрессора, человека, осуществляющего заботу, наблюдающего за происходящим.

Встречаются пациенты, использующие самоповреждения как способ снятия агрессии. Содержательная сторона такого поведения может меняться. Часть пациентов говорит, что сначала они хотели, чтобы кто-то увидел последствия самоповреждений и посочувствовал им, а затем эта концепция уходит на второй план, уступая место другим причинам.

Отмечают возможность быстрого нарастания у пациентов негативных чувств: страха, грусти, покинутости, сравнивая этот процесс с извержением вулкана. В такие моменты они не способны к внутреннему диалогу, не могут спорить с собой и решить, стоит, например, порезать себя или нет. Самоповреждение выбирается как средство остановки накрывающей их волны эмоций. Во время совершения этих действий они могут наблюдать себя со стороны. Иногда после акта самоповреждения наступает сонливость. Ряд пациентов сравнивает состояние самоповреждения с сексуальной активностью.

Следует подчеркнуть опасность оценки самоповреждающего поведения как демонстративного. Стремление скрыть его выступает на первый план. Лица, совершающие такие действия, быстро приходят к заключению, что окружающие не будут им сочувствовать, и если они увидят их в этот момент, возникнет отбрасывание и пренебрежение. Им бывает стыдно за свои поступки, поэтому в случаях продолжающихся повреждений становятся все более изолированными, менее разговорчивыми, сужается сфера интересов. Надо учитывать, что среди них часто встречаются талантливые, творческие люди с высоким интеллектом, включая также перфекционистов. Многие компенсаторно стараются скрывать свое состояние за маской улыбки, производить впечатление радостных, счастливых людей.

Акты самоповреждения совершали многие известные люди. Страдающая этим расстройством (наряду с булимией) принцесса Диана говорила, что у нее внутри так много боли, что только самоповреждения спасают от нее. В 1995 году она сообщила об этом в интервью по телевидению ВВС. А. Мортон (A. Morton) [13] описывает случай, когда она закрылась в туалете и очень сильно порезала себе руку.

Согласно данным А. Фавацца (Favazza) [3], около двух миллионов американцев ежегодно сознательно наносят себе повреждения в виде порезов или ожогов. Эта цифра приблизительно в 30 раз превышает число суицидальных попыток и в 140 раз превосходит число завершенных суицидов.

Исследования 500 студентов психологических факультетов университетов показали, что 12 % из них хотя бы однократно наносили себе повреждения, проявляя деструктивное поведение. Другие исследования показывают, что приблизительно для 4 % населения эта проблема является достаточно значимой. Считается, что наиболее типичным человеком в США, повреждающим себя, является белая женщина 25–30 лет, которая начала наносить себе повреждения чаще всего в виде порезов, ожогов и ударов в возрасте 14 лет, и делала это, по крайней мере, 50 раз.

Пилотажное исследование обнаруживает, что нанесение себе порезов обеспечивает временное облегчение от тревоги, деперсонализации, феномена несущихся мыслей. Исследования, проводимые среди имеющих проблемы с пищевым поведением и алкоголизмом, обнаруживают среди них большое количество лиц с самоповреждением.

Ф. Патнэм (F. Putnam) [14] пришел к заключению, что потеря контроля и чувство беспомощности являются характеристиками, присущими состояниям сознания, связанным с психической травмой.

М. Швартц (M. Schwartz) [17] считает правильным выделять группу «вызванных болью синдромов» (pain-driven syndromes), объединяя самоповреждения, нарушения, связанные с едой, а также сексуальные компульсии и другие, относящиеся по своему происхождению к сексуальной психической травматизации детского периода.

Выделяется особая категории пациентов, которая испытывает отчаяние в связи с невозможностью остановить самоповреждение. Имеет место синдром потери контроля над самоповреждающей активностью. Некоторые их них, находясь в этом состоянии, совершают самоубийства.

Более 50 % этих лиц дают крайне негативную оценку детским годам своей жизни. У 62 % из 240 обследованных обнаружены случаи насилия над детьми и более половины случаев связано с сексуальным насилием. Средний возраст детей, подвергнувшихся сексуальному насилию, составил 6 лет, средняя длительность насилия равнялась пяти годам. У трети опрошенных имела место потеря члена семьи, треть респондентов происходила из неполных (разведенных) семей.

Лица с самоповреждением жаловались на ощущение пустоты и неспособность выразить словами эмоции. Они испытывали затруднения в установлении сколько-нибудь глубоких контактов; отмечали невозможность освободиться от постоянной эмоциональной боли и утверждали, что воспитывались в семьях, где основными эмоциями были злость и ненависть друг к другу. Часть опрошенных отмечала применение родителями в отношениях с ними метода двойной связки. Более чем у половины обследованных обнаруживалась озабоченность сексуальными чувствами, многие проявляли ненависть к своему телу. 71 % рассматривали свое самоповреждающее поведение как аддиктивно болезненное.

Ф. Патнэм [14] из Национального института психического здоровья считает ведущей причиной самоповреждений сексуальное насилие в детстве, которое приводит к развитию ПТСР, пограничного расстройства, на фоне которых такое поведение развивается.

А. Фавацца [3] относит к причинам самоповреждений сексуальное насилие (50–90 % случаев); проблемное пищевое поведение (50 % случаев); пограничное личностное расстройство (60–80 % случаев) и диссоциативное расстройство (более 90 % случаев).

Фонд Британского содружества наций заинтересовался вопросом самоповреждающего поведения и исследовал с этой целью девочек-подростков. Обнаружено, что 25 % опрошенных составили девочки, которые подверглись насилию в раннем детском и подростковом возрасте. Сравнение этих девочек с их ровесницами выявило высокие показатели по депрессиям, наличие проблемного пищевого поведения (голодания). Часть опрошенных злоупотребляла веществами, изменяющими психическое состояние, и стремилась к рискованному поведению, связанному с получением острых ощущений.

Ф. Патнэм [14] исследовал влияние социальных, психологических и биологических факторов на развитие самоповреждающего поведения. Автор отмечает наблюдающийся в последнее время рост количества детей, подвергающихся хроническому сексуальному насилию, которое является не до конца диагностированной и чрезвычайно серьезной проблемой, в связи с последствиями, которые она вызывает. Он называет насилие «убийством души». Незрелый детский мозг не может справиться с повторными психотравмами. Возникают отчуждение от тела, потеря контроля над импульсами и самоповреждения. Интегральность тела нарушается, возникает пугающее чувство фрагментации и дезинтеграции. Тело ощущается как не реальное, фантомное, физические и психологические границы личности оказываются «пористыми». Отсюда причина нанесения себе повреждений с целью почувствовать свое тело живым, ощутить возможность управлять им и осознать, что оно принадлежит тебе.

Одному из авторов, усматривающих в самоповреждающем поведении аддиктивные радикалы [7], принадлежит высказывание, что такое поведение – это «аддикция, состояние, близкое к смерти». Результаты ряда исследований показывают, что в этом варианте часто идет речь о поведении мазохистических пациентов, испытывающих удовольствие, например, при удушении, когда на каком-то этапе гипоксии развивается состояние с положительными радикалами, к которому может развиться стремление.

Некоторые авторы относят к самоповреждениям свойственную некоторым лицам подверженность несчастным случаям, хотя среди них выделяется группа людей, которые не стремятся совершить самоубийство.

Психоаналитики отмечают, что речь идет не о наличии у таких людей «любви» к боли и страданиям. Мазохистическими действиями они добиваются чего-то хорошего для себя, того, что вызывает у них приятные ощущения. Примером являются семьи, в которой муж избивает жену, но жена терпит побои, не возражает против такого положения и семья не распадается. Анализ «терпения» обнаруживает наличие цели, которая оправдывает страдания жены. Возможен механизм противопоставления по принципу: чем хуже, тем лучше. Возможна ситуация, при которой покидание и одиночество представляются более страшными, чем насилие в семье.

Психологические «мазохисты» чем-то напоминают депрессивных лиц. В качестве психологической защиты они могут использовать идеализацию агрессора с развитием стокгольмского синдрома; интроекцию с введением в себя отрицательных психологических характеристик, свойственных какому-то человеку. Нередко у таких людей развивается аутоагрессия. Тем не менее, в отличие от депрессивных личностей, они более активны. Их поведение отражает стремление что-то сделать с обуревающими их депрессивными чувствами. Эти действия имеют целью противопоставление пассивности и деморализации желанию справляться и контролировать болезненные ситуации, в которые они себя вводят.

У депрессивных лиц часто наблюдается описанный З. Фрейдом феномен повторяющейся компульсии в виде насильственных повторений самоповреждающих действий. Иногда эти действия являются частью воссоздаваемого ими в воображении сценария из детства. Так, например, один из пациентов вспомнил, как мать в состоянии алкогольного опьянения в приступе

злости набросилась на него и порезала его ножом. При самопорезе же он вводит в себя образ матери и воспроизводит ее поведение. Осознание содержания такого воспоминания явилось для пациента шоком, в связи с наличием у него двойственного отношения к матери, при котором он, с одной стороны, испытывал к ней злость и ненависть, как к агрессору, а, с другой, – чувство вины, вызванное тем, что она ведет себя так из-за него. Впоследствии, если у пациента возникали какие-то затруднения с женщинами, например, конфликты, он постоянно наносил себе повреждения. Следовательно, ситуации, которые провоцируют такого рода действия – это факторы, которые отражают прежний опыт.

Существует понятие – «тень «Я»-объектного отношения». Возникшее когда-то в прошлом «Я»-объектное отношение зафиксировалось и забылось, но в случае возникновения ситуации, отдаленно напоминающей запечатлевшееся «Я»-объектное отношение, оно обязательно активизируется вновь. Сочетание нескольких таких ситуаций способствует развитию ощущения непонятного психологического дискомфорта с невозможностью сосредоточиться на чем-то конкретном. Иногда появляются какие-то сны, потом возникают рассеянность, напряжение, достигающие такой силы, что человек не знает, что с этим делать. Иногда он может начать злоупотреблять алкоголем, с целью избавиться от возникшего состояния, но сделать это не удается, потому что алкоголь заглушает негативные ощущения поверхностно и временно, а проблема остается. На этом фоне возможен переход к самоповреждениям как к более «витальному способу».

Одной из форм реакций на такое состояние является гневливая эйфория – уникальная защита, когда у человека возникает эйфория на фоне нарастающей тревоги. Развивается состояние возбуждения, при котором все раздражает. Эти состояния кратковременны. Например, у пациента нарастает такое состояние, он начинает алкоголизироваться, возникает чувство эйфории, но вскоре эта маниакальная защита проходит и проблема актуализируется снова. На этом фоне также возможен переход к самоповреждениям как к более «витальному способу».

Л. Хэджис (L. Hedges) [9] описывал ужас пациентов во время психоанализа, сопровождающийся обмороками, эпилептическими припадками с последующими обвинениями психоаналитика в том, что это он довел их до такого состояния. Автор предлагает перечень признаков, которые помогают распознавать такие состояния и прекращать анализ, не доводя его до таких последствий. Возвратившись домой после психоаналитических сеансов, пребывающие в тяжелом психологическом состоянии пациенты наносят себе повреждения. Л. Хэджис описывает пациенток с пограничным личностным расстройством, которых привозили родственники, сообщавшие, что они пытались покончить с собой. У них действительно были порезы, требующие хирургического вмешательства, но во время осмотра женщины активнейшим образом возражали против этого. Они, действительно, не хотели совершать самоубийство, но их состояние было настолько тяжелым, что с ним, по словам пациенток, нужно было что-то делать. «Под рукой ничего не было, так бы я хоть вина выпила, а вот бритва была», – говорили они. Нанося себе порезы, они чувствовали облегчение.

Совершающие самоповреждения лица пережили в раннем периоде жизни ряд нарушений, связанных с психологической травматизацией. Высказывается мнение, что этим людям свойственен уход в состояние, называемое «ego-регрессия». Возникает актуализация очень ранних переживаний, «перескакивающих» эдипальный период, в котором они подвергались травматизации, на еще более ранние ступени развития. Одним из признаков ego-регрессии является обнаруживаемый у этих людей при активном расспросе феномен О. Исаковера [10]. Этот феномен был описан достаточно давно, но в последнее время к нему стали обращаться чаще по причине его диагностики у лиц с ego-регрессией. Феномен проявляется в перцептуальных переживаниях, связанных с изменением восприятия, и возникающих в период засыпания при переходе от бодрствования ко сну. Обращает на себя внимание появление этого феномена при повышении температуры тела и при психоанализе в момент нахождения паци-

ента в расслабленном состоянии на кушетке. В последнее время этот феномен был зарегистрирован у лиц, злоупотребляющих различным веществами, изменяющими психическое состояние. Иногда он выступает в виде эпилептической ауры. Возникающие при этом ощущения и переживания в значительной степени отличаются от обычных в бодрствующем состоянии. Они затрагивают, в основном, полость рта, кожу, руки и могут возникать в различных частях тела одновременно, без четкой локализации. Появляется странное чувство потери себя, неопределенности, которое напоминает головокружение. Пациенты, как правило, не могут подобрать необходимых слов, чтобы выразить свои переживания, и иногда называют это состояние «головной болью». Они ощущают чувство парения в воздухе, погружение во что-то невесомое. Части тела как бы смешиваются вместе. Рот оказывается слитым с кожей, тело с внешним миром. Внутреннее смешивается с внешним. Появляются видения. Видится что-то неопределенное, трансформирующееся в шар или баллон, что-то круглое, напоминающее тень. Появляющийся в поле зрения объект начинает приближаться, набухает, приобретает гигантские размеры; возникает угроза разрушения. Но прежде, чем это должно случиться, происходит обратный процесс. Объект становится все меньше и меньше, исчезая полностью. Иногда появляется ощущение попадания объекта внутрь с возникновением чувства проникновения в ротовую полость мягкой, расширяющей массы, и, в то же время, присутствует чувство, что основная часть этого объекта находится снаружи. Пациент испытывает слуховые галлюцинации, напоминающие звук лопающихся шаров, бульканье пузырей на воде, жужжание, бормотание, звук летящего шмеля. Характерно ощущение отечности и разбухания рук. Может возникать ощущение песка на теле, сухости слизистых оболочек. Ощущения переживаются по-разному и могут носить как приятный, так и неприятный характер. Обычно это смешанные ощущения. Они сопровождаются чувством отчуждения от самих переживаний. Возникает чувство, что это происходит «как будто» не со мной. Восприятие происходящего как реальности отсутствует.

Обычно пациенты вспоминают, что такие состояния наблюдались у них в раннем детстве, и несколько позже, во время различных болезней. В дальнейшем они стали повторяться все чаще во взрослой жизни. Возможно, эти воспоминания носят характер «уже пережитого», поскольку некоторые пациенты не связывают их с каким-то конкретным отрезком времени, например, ранним детством, просто отмечая, что когда-то они что-то подобное уже переживали.

Аналитики встречаются с такого рода описаниями, но в большинстве случаев не регистрируют их достаточно четко. Психоаналитическое объяснение этих состояний заключается в рассмотрении феномена, представляющего собой следы памяти о своем «Я» и мире в период ранней организации ego, когда связи и границы «Я» еще не были четко установлены и разделение между частями собственного тела и окружающим миром отсутствовало. Явление лежит в основе формирования гиперэмоциональной связи с оральной зоной и другими частями тела, которые включаются в кормление грудью. Некоторые аналитики считают регрессивное ego-состояние психологической защитой от оживления неприятных воспоминаний, инцестных переживаний, которые могли иметь место во время эдипального периода развития. В аналитической ситуации они могут представлять собой регресс, который не контролируется аналитиком, выходит на очень ранние переживания и происходит в результате гратификации бессознательной сферы на примитивном уровне, возврат к которому обусловлен поиском способов спасения от неприятных эмоций.

При пограничном расстройстве, при свойственных последнему самоповреждениях, при посттравматическом стрессовом расстройстве может наблюдаться выделяемый современными аналитиками феномен приравнивания лица к груди. Он заключается в том, что человеческое лицо и грудь бессознательно идентифицируются, смешиваются друг с другом и отражают друг друга. Основной и наиболее часто представленной идентификацией является идентификация между глазами и сосками. Феномен был открыт и впервые описан Р. Алманси (R. Almansi) [1].

Он наблюдал это явление во многих клинических случаях во время действительной или воображаемой «потери объекта». Примером может служить окончание анализа, необходимость расставания с аналитиком, вызывающие актуализацию и проявление интенсивного орального желания и агрессии, связанной с оральной депривацией (лишением орального удовлетворения). В работе Р. Алманси «Приравнивание лица к груди» [1], изданной в журнале Американской психиатрической ассоциации в 1960 году, автор писал, что вне рамок психоанализа этот феномен можно обнаружить в различных древних артефактах, рисунках и лингвистических выражениях. Появление феномена считается одним из доказательств гипотезы, что приравнивание выводит человека на уровень ситуации младенческого питания. Младенец видит во время кормления чередование материнского лица и соска. Глаза ребенка отклоняются от материнского лица по направлению к груди, и это происходит в период, когда разделение между «Я» и «не Я» еще четко не сформировалось.

Эта концепция совпадает с гипотезой Р. Шпитц (R. Spitz) [18], согласно которой такого же рода явление возникает при феномене Р. Алманси. В работе «Нет и да» автор указывает на значение материнского лица в формировании системы объектных отношений в ранней психической жизни ребенка.

Л. Хэджис [9], описавший неприятные эмоциональные состояния, сопровождающиеся реакцией ужаса, фиксировал похожие явления, но подробно их не описывал. Важно знать об их существовании и интересоваться у пациентов наличием такого рода переживаний, поскольку сами пациенты редко их воспроизводят, стесняются говорить о них, считая такие переживания нереальными, не относящимися к существу дела. Выход на эти явления может иметь определенное терапевтическое значение, являясь одним из показателей наличия выраженной психологической травматизации в последующем эдипальном этапе развития. Восстановление этих ситуаций в другие жизненные периоды свидетельствует о том, что имеется белое пятно, захватывающее психотравмирующую ситуацию.

Интересно, что специалисты, работающие с ранними детскими воспоминаниями, отмечают наличие определенной категории пациентов, утверждающих, что они помнят себя с первого года жизни. На вопрос о содержании конкретных воспоминаний они говорят, что это трудно выразить словами. Например, «я произносила нечленораздельные звуки, и все вокруг меня произносили такие же звуки». Но когда этих же пациентов спрашивают о том, что они помнят в более поздние периоды жизни, например, с 5–6 лет, оказывается, что эти периоды являются белым пятном, и их не помнят. Иногда эти амнезии касаются более четких территорий, например: «Я не помню себя дома, но я помню себя на даче у моих родителей». Такого рода явления указывают на наличие травматизации в «выпавшем» из памяти периоде.

С психоаналитической точки зрения, самоповреждения, в особенности порезы кожных покровов, могут иметь связь с младенческим периодом. Они способствуют восстановлению границ, дифференцируя «Я» от других. На бессознательном уровне стимуляция кожи посредством самоповреждения помогает реинтегрировать расщепленное чувство «Я» посредством реактивации ego. Вероятно, в этом процессе участвуют тактильные переживания. М. Стронг [19] считает, что здесь имеет место приравнивание боли к приятным ощущениям, характерное для жертв сексуального насилия в детстве подобно механизму стокгольмского синдрома: подвергнутые насилию дети часто идентифицируют себя с агрессивным родителем, посредством порезов во взрослом возрасте они воссоздают детскую драму, переживая боль в контролируемых дозах.

Список литературы

1. *Almansi, R.* The Face-Breast Equation. Journal of APA, 1960. 8; 43–70 p.

2. *Deutsch, H.* The Psychology of Women: A Psychoanalytic Incorporation: № 1. Girlhood. New York, Grune a Stratton, 1944.

3. *Favazza, A., Conterio, K.* The Plight of Chronic Self-Mutilators. Community Mental Health Journal, 1988. 24, 22–30 p.

4. Female Habitual Self-Mutilatiors Acta Psychiatrica Scandinavica 78; 283–289 p.

5. *Favazza, A., Conterio, K.* Female Habitual Self-Mutilatiors Acta Psychiatrica Scandinavica, 1989, 78; 283–289 p.

6. *Favazza, A.* Bodies Under Siege. Baltimore, John Hopkins University Press, 1996.

7. *Joseph, B.* Addiction to Near Death. International Journal of Psycho-Analysis, 1982, 63; 440–456 p.

8. *Hammer, E.* Reaching the Affect: Style in the Psychodynamic Therapies. New York, Jason Gronson, 1990.

9. *Hedges, L.* Terrifying Transferences. Aftershocks of Childhood Trauma. Northvale, New Jersey, Aronson, 2000.

10. *Isacower, O.* A Contribution to the Pathopsychology of Phenomena Associated with Falling Asleep. International Journal of Psycho-Analysis, 1938, 19: 331–345 p.

11. *Kernberg, O.* Clinical Dimensions of Masochism. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1988. 36, 1005–1009 p.

12. *Menninger, K.* Man Against Himself. New York, Harcourt, 1938.

13. *Morton, A.* Diana, Her True Story. New York. Simon, Schuster, 1997. 133 p.

14. *Putnam, F.* Dissociation in Children and Adolescents. New York, Guilford Press, 1997.

15. *Rasmussen, A.* (цит. по McWilliams, N. (1944)) Psychoanalytic Diagnosis. New York, Guilford Press, 1988.

16. *Reich, T.* Masochism in Modern Man. New York. Farras, Straus, 1941.

17. *Schwartz, M., Cohn, L.* (Eds.) Sexual Abuse and Eating Disorders. New York. Brunnerl Mazel, 1996.

18. *Spitz, R.* No and Yes. New York, International Universities Press, 1957.

19. *Strong, M.* A Bright Red Scream. New York, Penguin Putnam, 1999.

20. *Suffridge, D.* Survivors of Child Maltreatment: Diagnostic Formulation and Therapeutic Process. Psychotherapy, 1991, 28, 67–75 p.

Садистическое личностное расстройство (СЛР)

В DSM-III-R СЛР отнесено к «предлагаемым диагностическим категориям». Это расстройство не сохранилось в DSM-IV и DSM-IV-TR в качестве одной из форм личностных расстройств, где имеется нозологическая категория «сексуального садизма». Последний проявляется фантазиями, стремлениями и/или поведением, в которых психологическое и физическое страдание жертвы является сексуально возбуждающим фактором. Тем не менее в недавней публикации 2003 года А. Сэлтир (A. Salter) [8] подчеркивается, что садистическое удовольствие во многих случаях менее фокусировано на чисто сексуальном содержании и более напоминает состояние «high», достигаемое употреблением наркотиков. А. Сэлтир полагает, что садисты «обучились запускать внутренние химические соединения посредством насильственных фантазий и как последствие последних насильственного поведения». Создается впечатление, что химические соединения действуют так, как многие наркотики: требуются все большие дозы для получения желаемого состояния. Фантазии играют решающую роль в возникновении данного вида нарушения. С течением лет происходит эскалация фантазий.

В DSM-III-R СЛР характеризуется как жестокое, вызывающее унижение агрессивное поведение, с повторяющимся возникновением таких признаков, как, например:

1) использование физической жестокости или насилия с целью установления доминирования в отношениях;

2) унижение людей в присутствии других;

3) получение удовольствия от психологического или физического страдания других (включая животных);

4) ограничение автономии (личной свободы) лиц, находящихся в близких отношениях с индивидуумом с СЛР;

5) необычно жесткие методы воспитания и контроля по отношению к детям и другим зависимым лицам.

Для лиц с СЛР характерно не только отсутствие какого-либо чувства жалости к жертвам, но, наоборот, присутствует феномен «обратной эмпатии», связанной с целенаправленным вызыванием у жертв боли и ужаса. Лица с СЛР проявляют садистическое поведение как вне, так и внутри собственной семьи. Пациенты с СЛР, как правило, тщательно разрабатывают тактику и стратегию своих действий. Они старательно скрывают свои особенности и им удается часто притупить бдительность и ввести в заблуждение лиц, которые оцениваются как потенциальные жертвы.

Р. Хазелвуд (R. Hazelwood) и соавт. [3] находят, что садисты вначале представляют себя в качестве лиц с совершенно противоположными чертами характера, такими как внимание, привязанность, влюбленность. Используя такую тактику, они надевают на себя личину идеального героя из любовного романа. Каждый из индивидуумов с СЛР имеет собственный сценарий. Объединяют эти сценарии элементы насилия, мучений, контроля над жертвами как вне, так и внутри дома.

Р. Лангевин (R. Langevin) и соавт. [7] считают, что садизм представляет смешение сексуальных стремлений с агрессией. Индивидуума с этим нарушением сексуально стимулируют реакции страха, ужаса, боль жертвы. По мнению авторов, садист во многих отношениях подобен другим сексуальным агрессорам, в сексуальных действиях которых первично отсутствуют элементы садизма. Обе группы криминальны и в обеих группах в истории жизни присутствуют как сексуальные, так и несексуальные преступления. Общим для обеих групп является их слабая социализация и нарушенные родительско-детские отношения, в которых половина сексуально-агрессивных родителей страдали алкоголизмом и/или совершали акты насилия по отношению к собственным детям.

Имеются попытки связать садистское поведение с патологией головного мозга. Так, например, А. Коварски (A. Kovarsky) и соавт. [6] обнаруживали у 2/5 пациентов с садистскими проявлениями признаки намечающихся патологий в височной доле. Авторы приходят к заключению о необходимости дальнейших исследований в этом направлении.

Результаты биологических исследований [9, 10] содержат доказательства наличия связи между агрессией и функциональным состоянием нейротрансмиттерной системы, в особенности серотонинергической и норадренергической.

Х. Кенигсберг и О. Кернберг и соавт. [5] на основании общей динамики считают возможным объединить садизм и мазохизм и рассматривать эти расстройства в рамках концепции садомазохизма. Авторы обнаруживают, что садомазохистская динамика часто доминирует в переносе, даже на ранних стадиях лечения. Пациенты могут вызывать у терапевта сильный контрперенос или способствовать развитию застывших ситуаций, блокирующих какой-либо прогресс в терапии. Агрессия и ненависть расцениваются как чрезвычайно интенсивные по сути «драйвовые» (побуждающие) внутренние состояния, часто замаскированные ролевым поведением. Объект, на который они направлены, переживается как «плохой», враждебный, стремящийся атаковать, разрушить «Я». В свою очередь индивидуум с садомазохизмом желает отомстить, разрушить, вызвать страдания и полностью контролировать объект.

Садомазохистские пациенты не интегрируют расщепленные, интернализованные в себе, ненавидимые объекты и проецируют их вовне в попытке контролировать чувство угрозы. Ненависть может открыто не признаваться пациентами, которые сопротивляются признанию наличия у себя этой эмоции. Внутренние объектные отношения с чувством ненависти включают собственное «Я»-жертву и преследующий объект (внутри себя). В этой интернализованной диаде отношений «пациент бессознательно идентифицирует себя как с репрезентацией «Я», так и с репрезентацией объекта, с агрессором и жертвой. Агрессивная часть объективно проявляется в самодеструктивном поведении в отношениях с терапевтом, но пациент не осознает агрессивную природу этой самодеструкции, возникающей на почве ненависти не только к себе, но и к терапевту и всему окружающему миру.

Патологические проявления агрессии, согласно Х. Кенигсберг и О. Кернберг, могут включать:

1) очень сильную агрессию в сексуальной области, которая может приводить к перверсии или парафилии, в то время как оставшаяся часть личности функционирует в границах нормы;

2) очень сильную агрессию в области superego, которая может «толкать» индивидуума в садомазохистическое личностное состояние;

3) если выраженная агрессия не включена в область сексуальности или superego, то имеют место признаки садомазохизма, часто встречающиеся у пограничных личностей: самоповреждающее поведение, суицидальные попытки, агрессия по отношению к другим и генерализованное эксплозивное насильственное поведение.

Для садомазохистского переноса характерны высокомерие, грандиозность, псевдодоступность [2].

Пациенты проецируют на терапевта присущую им деструктивность и агрессию. При терапии необходимо быть очень внимательным к пациентам и ролям, которые они «играют», альтернирующим состояниям, собственным изменяющимся реакциям контрпереноса. Особая чувствительность и терпимость необходимы к садистическим и мазохистическим содержаниям. Очень важно уметь справиться с контрпереносными состояниями агрессии и мазохизма. Нужно всегда иметь в виду, что садомазохистическая личность часто скрывается под маской слабости, хрупкости, беспомощности.

Особенности садистического переноса и его анализ приводятся в книге основателя Нью-Портского психоаналитического института Лоуренса Хеджиса [4].

Автор описывает переживания пациента среднего возраста, воспитываемого эмоционально ограниченной и неспособной адекватно реагировать на потребности своих детей матерью и агрессивным отцом. Пациент жаловался, что он никогда не чувствовал себя нужным в семье, имеющим какое-то значение для родителей. Он чувствовал постоянную потребность в признании хоть каких-нибудь положительных качеств в нем, эмоциональной поддержке, проявлении любви и привязанности. Эти психобиологические потребности не удовлетворялись. Дефицитарная модель отношений с родителями привела к значительному нарушению дальнейшего психосоциального развития пациента. Он оказался неспособным к установлению доверительных отношений с другими людьми. Постоянно присутствовало чувство, что другие представляют опасность, стремятся обмануть, причинить вред, использовать в своих целях, проявить агрессию, насилие. Общение через короткое время приводило к формированию чувства ненависти. В процессе психоаналитической терапии пациент сообщил, что он начал думать о себе как о человеке, внутри которого находится «садистический социопат». «Когда я слышу или читаю об этих… социопатических, садистических маньяках, я каким-то образом чувствую родство с ними. Я понял, что этот образ происходит от Леонарда (его отца). …В моей памяти возникало много образов о времени, когда я переживал отношение Леонарда ко мне как холодное, расчетливое, садистическое и деструктивное» [4, с. 323].

Воспоминания о матери у того же пациента содержали те же деструктивные элементы: «Она всегда давала мне понять, что мне не следовало бы жить, нуждаться в ней. Что я был плохим, злым, отвратительным ребенком потому, что угрожал ее комфорту. Когда я нуждался в ней как в матери, она делала, что могла… чтобы отбросить меня, оставить ее в покое, прекратить требовать что-то от нее. Я чувствовал себя подобно чудовищу, старающемуся убить ее, если я в чем-то нуждался, в каком-то внимании, какой-то любви, какой-то заботе с ее стороны. Поскольку она переживала мою потребность в контакте с ней как чудовищную – она видела во мне чудовище!» [4, с. 324].

Л. Хеджис [4] обнаруживает, что пациент идентифицирует себя с имиджем психопатического киллера в образе отца и такого же чудовища в образе матери. На вопрос пациента, почему он не идентифицирует себя с какими-то положительными чертами своих родителей, Л. Хеджис приводит следующее объяснение: «потому, что хорошее всегда в младенческом и детском окружении воспринимаются как само собой разумеющееся. Однако когда возникает пугающая и травмирующая ситуация, ребенок старается как-то справиться с ними. В наиболее ранних фазах жизни способность справиться состоит в каком-то ограничении или становлении травмирующим агентом – идентифицируясь с ним, с целью понять его природу». Таким образом, «произошла идентификация с холодным, жестоким, садистическим, социопатическим киллером, воспринимаемым в родителях, в каждом из них по-своему» [4, с. 325].

Список литературы

1. Arbolita-Florer and Holley. What is Mass Murder? Psychiatry – The State of the Art. V. 6 T Pichet, P. Berner, R. Wolf, U. Thaw (Eds.) New York, Plenum Press, 1985.

2. *Bion, W.* On Arrogance. In Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis. New York, Basic Books, 1987. 86–92 p.

3. *Hazelwood, R.* et al. Compliant Victims of the Sexual Sadist. Australian Family Psysician, 1993. 22 (4), 474–479 p.

4. *Hedges, L.* Terrifying Transferences Northvale, NJ. Jason Aronson, 2000. 323–325 p.

5. *Koenigsberg, H., Kernberg, O., Stone, M.* Borderline Patients. New York, Basic Books, 2000.

6. *Kovarsky, A.* et al. Male Sexual Deviation: Association with Early Temporal Lobe Damage. Archives General Psychiatry, 1967. 17, 735–743 p.

7. *Langevin, R., Bain, J.* et al. Sexual Sadism in Brain, Blood and Behavior. In R. Prentky, V. Avinsey (Eds.)Human Sexual Aggression: Current Perspectives. New York. The New York Academy of Sciences, 1988. 163–171 p.

8. *Salter, A.* Predators. New York, Basic Books, 2003.

9. *Siever, L.* The Serotonin System and Aggressive Personality Disorder. International Clinic of Psychopharmacology 2 (November 8 Supplement), 1993. 33–39 p.

10. *Silk, K.* Notes on the Biology of Borderline Personality Disorder. Journal of the California Alliance for the Mentally ILL, 1997. 8, 15–17 p.

«Височное» личностное расстройство

«Височное» личностное расстройство не входит в классификацию психических нарушений и требует дальнейшего уточнения. Некоторые признаки, характерные для пациенток/пациентов с этим нарушением, были описаны в 1975 г. [1]. К ним относились: развитость пассивного воображения, яркие сновидения с полетами, эмоциональное возбуждение при созерцании огня, гиперсенситивность к запахам. В 1978 году Н. Виклунд (N. Wiklund) [3] на основании наблюдения лиц, характеризующихся высокой амбициозностью, стремлением к достижениям, творческой активностью, выделил «синдром Икара», в случаях наличия у них «очарования огнем», энуреза и сновидений с полетами.

Дальнейшие наблюдения над индивидуумами с этими особенностями показали, что они представляют особую личностную структуру с предрасположенностью к дезадаптации и возникновению нарушений на Первой оси в виде депрессии, тревоги, атак паники, суицидального поведения.

Локализованные на Первой оси нарушения являются наиболее частой причиной обращения этих лиц к психиатрам. К сожалению, при этом сами «височные» личностные особенности не диагностируются, что приводит к недостаточной или неадекватной терапии.

Клинические характеристики пациенток/пациентов с «височным» личностным расстройством, наряду с названными признаками, по нашим наблюдениям, включают частые смены чувства грандиозности чувством неполноценности, переходы от повышенной к сниженной активности.

Устанавливается желание быть признанной/признанным, привлечь к себе внимание. Тем не менее, в отличие от нарциссизма, такое состояние сменяется периодом стремления к уходу от социального общения, изоляции, одиночеству.

У большинства пациенток/пациентов присутствует диффузная идентичность (признак пограничного личностного расстройства). Слабость идентичности проявляется, в частности, в нечеткой половой идентификации, возникновении доминирующих в содержании психики и поведении фрагментарных личностных состояний (переход на функционирование, свойственное детскому или подростковому периоду; вживание в роль любимого/любимой героя/героини из сказок, кинофильмов, произведений художественной литературы и др.). Подобные состояния кратковременны, связь с основной личностью, в отличие от диссоциативного расстройства идентичности, постоянно сохраняется.

Одной из особенностей лиц с «височным» личностным расстройством является частое возникновение состояний «уже виденного» и/или «уже пережитого». Пациентки/пациенты обычно настолько привыкают к этим переживаниям, что относятся к ним ego-синтонно, как к присущим их личности. В механизмах феноменов «уже виденного» и «уже пережитого», по-видимому, могут отражаться следовые воспоминания диссоциированных бессознательных переживаний.

Анализ поведения пациентов/пациенток с «височным» личностным расстройством обнаруживает наличие в детско-подростковом возрасте дезадаптивного поведения в школе, связанного с затруднениями в длительной концентрации внимания; уходы из дома, эмоциональная неустойчивость, конфликты со сверстниками. Характерны нарушения ночного сна: кошмарные сновидения, ночные страхи, сноговорение, снохождение, затянувшийся ночной диурез. У некоторых из наблюдавшихся нами пациентов в детском возрасте обнаруживались тенденция к поджогам мусорных ящиков, стремление разводить костры, непосредственно связанные с эмоционально-возбуждающим влиянием созерцания огня, оттенков света, мерцания пламени в определенном ритме, тепловых волн.

Активный расспрос пациентов/пациенток с «височным» личностным расстройством выявлял у ряда из них (приблизительно в 25 % случаев) наличие повторяющегося феномена О. Исаковера [2] в его различных субформах. Феномен обычно переживался во время засыпания или при инфекционных заболеваниях на фоне повышенной температуры. Пациенты/пациентки испытывали деперсонализационно-дереализационные симптомы-ощущения невесомости, парения, погружения в воду, набухания и/или отделения кожных покровов. Помещения, в которых они находились, теряли свои границы. Во внешнем пространстве появлялся объект круглой формы в виде какой-то массы, приближающейся, разбухающей, обволакивающей пациента/пациентку. Масса проникала в ротовую полость, вызывая ощущения удушья, а затем сжималась, претерпевая обратное развитие. Кроме того, пациенты/пациентки испытывали слуховые галлюцинации в виде «жужжания шмелей».

Пациенты/пациентки с «височным» личностным расстройством, наряду с кратковременными эмоциональными колебаниями, «внутри» самого расстройства обнаруживают тенденцию к развитию длительных (от нескольких недель до нескольких месяцев) депрессивных состояний. Клиническое своеобразие депрессии в структуре двойного диагноза у лиц с «височным» личностным расстройством заключается в активации пассивного воображения, что приводит к приобретению депрессией мечтательного компонента. Типично фантазирование с мрачным содержанием. Они обычно переживают динамические сцены, связанные с катастрофами, воспоминаниями о психотравмирующих событиях и ситуациях, картины собственной гибели, похоронные процессии. В фабулах фантазирования отчетливо выявлялось наличие феномена «тоннельного видения» развития событий с неизбежным плохим исходом. «Тоннельное видение» характерно для пациентов/пациенток с повышенным суицидальным риском, что в значительной мере затрудняет психотерапевтические вмешательства [4].

Свойственное «височному» нарушению стремление к творчеству в периоды депрессии может находить свое отражение в том, что эти лица в ряде случаев ведут дневник, в котором достаточно подробно описывают свои переживания. Ведение дневника может иметь положительное значение, в связи с тем, что происходит перемещение «суицидальной энергии» на творческую активность. К сожалению, этот защитный механизм не всегда достаточен, что отражает высокий риск суицида при «мечтательной депрессии».

По нашим наблюдениям, некоторые пациентки в депрессивные периоды любили слушать ноктюрны, рассматривать репродукции картин Арнольда Беклина, Эдварда Мунка. Так, например, одна из пациенток перед совершением суицидной попытки «медитировала» перед картиной А. Беклина «Остров умерших», одновременно прослушивая музыкальное произведение С. Рахманинова с тем же названием.

Индивидуумы с «височными» особенностями высоко интуитивны, обладают выраженной эмпатией. Они избирательно контактны, легко ранимы, обидчивы. Возникающие по психогенным причинам негативные эмоциональные состояния характеризуются относительной длительностью, проявляют тенденцию к «застреванию».

Лица с «височными» симптомами склонны к магическому мышлению, предчувствиям, у них регистрируется феномен самоподтверждающихся пророчеств (self-fulfilling prophecies).

Проведение психотерапии требует специальной квалификации, учета трудно уловимых нюансов психологического состояния. Часто оказывается необходимой психофармакологическая терапия. В депрессивных и тревожных состояниях, по нашим наблюдениям, эффективно использование коаксила, паксила. При возникновении атак паники, дисфориях показано назначение финлепсина. Тем не менее, следует учитывать возможность парадоксальной реакции на применение лекарств.

Список литературы

1. *Короленко Ц. П., Завьялов В. Ю.* К вопросу о патологии воображения при височной эпилепсии. (Банщиков В. В., Короленко Ц. П., Завьялов В. Ю. (ред.) Эмоции и воображение. Москва. Всероссийское общество невропатологов и психиатров, 1975 – 72–99 с.

2. *Isakower, O.* A Contribution to the Patho-Psychology of Phenomena Associated with Falling Asleep. The International Journal of Psycho-Analysis, 1938, 19; 331–345 p.

3. *Wiklund, N.* The Icarus Complex. Lund. Department of Psychology, 1978.

4. *Yu fi t, R., Lester, D.* Eds. Assessment, Treatment, and Prevention of Suicidal Behavior. New York. Wiley, 2005.

Диссоциативное расстройство идентичности (множественное личностное расстройство)

Интерес к редко диагностируемому до настоящего времени диссоциативному расстройству идентичности (ДРИ) отчетливо нарастает. Это, в частности, находит отражение в основании в 1988 году журнала «Диссоциация», выходящего под редакцией Ричарда Клуфта (Kluft R.) [20] (Ridgerview Institute, Smyrna, Georgia, USA), появлении профессиональной организации для исследований этого расстройства – Международное общество исследования множественной личности и диссоциации в г. Скоки штат Иллинойс (Skokie, Illinois). Кроме проведения ежегодных конференций, общество публикует «Бюллетень» (Newsletter), а также имеет свои филиалы и исследовательские группы в США и Канаде. Упоминания о «множественной личности» зарегистрированы еще в 1646 году, когда Парацельс описал женщину, имеющую в анамнезе другое ego-состояние, в котором она сама украла у себя деньги [6].

В 1989 году К. Россом (C. Ross) [26] по отношению к МЛР/ДРИ был предложен термин «комплекс Озириса». В Древнем Египте существовал миф об Изиде и Озирисе. Озирис был убит своим ревнивым братом Сетом, который разрезал его на куски и разбросал их на большой территории. Сестра Озириса Изида собрала фрагменты его тела, сложила их вместе и воскресила Озириса в новой форме (реинтеграция травмированного «Я» является задачей терапевта). Несмотря на то, что Изида и Озирис были родными сестрой и братом (сиблингами), они поженились, и у них родился сын Хорус, который вырос и убил своего дядю Сета в сражении. Идея, заложенная в термине «комплекс Озириса», заключается в том, что инцест и другие психосоциальные травмы могут стать причиной тяжелого психического расстройства.

В DSM-III-R нарушения идентичности выделялись как множественное личностное расстройство. Диагноз нарушений идентичности в DSM-III-R учитывал наличие двух критериев.

1. Критерий «А» включал наличие двух или более отдельных идентичностей или личностных состояний.

2. Критерий «В» характеризовал личностные состояния, которые рекуррентно контролируют поведение.

DSM-IV характеризует нарушения идентичности в связи с добавлением к критериям «А» и «В» критериев «С» и «D».

3. Критерий «С» – неспособность человека вспомнить определенную личностную информацию, содержание которой слишком велико, чтобы это можно было объяснить обычной забывчивостью. Речь идет о том, что пациент не может сообщить о себе важных сведений, несмотря на отсутствие у него какой-либо патологии интеллектуально-мнестической сферы. Специалистами выявляется несоответствие между неспособностью пациента вспомнить необходимую информацию и отсутствием у него органических изменений, выраженных настолько, чтобы до такой степени амнезировать события своей жизни.

4. Критерий «D» – нарушения идентичности не являются следствием прямого физиологического воздействия какого-то вещества, их невозможно объяснить наличием у пациента какой-либо болезни, например, повышением температуры, связанной с инфекционным заболеванием.

Нарушения идентичности, встречающиеся в детском возрасте, могут быть связаны с игрой фантазии ребенка, уходящего в мир сказки со своим участием в виде воображаемого героя. Такие нарушения идентичности не отражаются обычно на поведении и не исключают реальной оценки себя в любой необходимый момент, они не относятся к ДРИ.

ДРИ может включать в себя несколько личностных состояний. Каждое из них выражается уникальностью, присущей только этому состоянию, со своей историей, захватывающей разные

сферы пациента – идентичность, собственный имидж, отдельное имя, фамилию, отличные от настоящей. Человек обозначает себя в этом состоянии как вполне обособленную личность.

Согласно DSM-IV-TR (2000), ДРИ характеризуется наличием двух и более сепаратных идентичностей или личностных состояний, повторно захватывающих контроль над поведением. Присутствует неспособность вспомнить важную личностную информацию, количество которой слишком велико, чтобы это можно было бы объяснить обычной забывчивостью. Каждая идентичность может переживаться, как будто она имеет отдельную жизненную историю и отдельное «Я»-состояние, что включает и свои формальные данные (имя, фамилия, возраст и др.). Как правило, наряду с исходной, первичной идентичностью, на сцене появляются альтернативные идентичности, часто с личностными характеристиками, противоположными чертам первичной идентичности. Альтернативные идентичности могут отрицать существование других идентичностей, включая первичную. В другом варианте альтернативные идентичности вступают в конфликтные отношения друг с другом.

Пациенты/пациентки с ДРИ могут относиться к своим диссоциированным ego-состояниям («другим») как к системе, используя такие термины, как «мои друзья», «мои внутренние дети», или «собрание», «комитет». «Другие» возникают в разных вариантах, включая фрагменты личности, развернутую личность, они могут играть роль «внутренних защитников, обладающих большой силой». «Другими» бывают животные и даже неодушевленные объекты. Не все «другие» имеют имена, они могут называться по функции, которую выполняют, или по основной личностной черте, как, например, «разрушитель», «проститутка», «тот, кто знает», «злой», «грустный», «религиозный» и др.

В процессе возрастного развития возможно появление новых «других», что обычно связано с возникновением угрожающих ситуаций.

Пациенты с ДРИ переживают провалы в памяти, затрагивающие события их жизни в отдаленном прошлом и относительно недавний период. К настоящему времени большинство пациентов с ДРИ посещают врачей различных специальностей и имеют множественные диагнозы. По данным К. Росса [27], в среднем ставится семь ошибочных диагнозов до установления наличия ДРИ. Подобная ситуация, очевидно, еще в большей степени типична для России, где диагноз ДРИ не акцептирован большинством психиатров.

ДРИ возникает в том случае, когда какая-то скрытая часть личности начинает действовать независимо, перенимает контроль, совершает неадекватные поступки, нарушает нормальное, соответствующее реальности, функционирование. Этой скрытой частью может быть то, что принято в клинической психологии называть «внутренним ребенком».

ДРИ, по мнению ряда авторов [31], значительно больше распространено среди населения по сравнению с депрессией и тревогой. Лица с ДРИ обычно не придают достаточно серьезного значения состояниям, в которых они, например, не чувствуют себя реальными или чувствуют себя отделенными от своего «Я» (эти состояния остаются обычно в памяти), и в результате по этому поводу не обращаются к специалистам. Следует констатировать, что до настоящего времени не только общество в целом, но и психиатры фактически не способны идентифицировать ДРИ, что приводит к тому, что это расстройство становится «молчаливой эпидемией нашего времени» [31]. Более плохой новостью является то, что многие пациенты, страдающие ДРИ, не просто оказываются недиагностированными, но получают ошибочные диагнозы и, соответственно, неадекватную терапию.

Актуальность привлечения внимания к ДРИ как к клинической реальности, которая не только существует, но имеет достаточно широкое распространение в популяции, несомненна. Диагностика ДРИ затруднена его замаскированностью, предвзятостью и отсутствием информированности о настораживающих признаках наличия расстройства и его динамики.

Индикаторами ДРИ являются прежде всего следующие проявления:

1. Самоотчет пациента, свидетельствующий о хаотическом стиле его/ее жизни.

2. Пропуск назначенных встреч без каких-либо причин и объяснений.

3. Внезапные смены настроения.

4. Забывчивость без наличия органических нарушений.

5. Периоды амнезии части детского периода и амнезии текущих событий.

6. Противоречивая информация о себе при повторном собирании анамнеза (например, «У меня в детстве всегда было много друзей», «В детстве я всегда находилась/находился в одиночестве»).

К. Россом для диагностики ДРИ была предложена «триада множественности». Элементы триады включают диссоциации, обычно рассматриваемые в качестве индикаторов шизофрении: симптомы убежденности в том, что мысли, чувства и/или действия контролируются кем-то со стороны. Они также представлены убеждением, что другие способны читать мысли пациентов, что мысли изымаются из их психики или что голоса комментируют их действия. Все вышеперечисленные симптомы входят в первую часть триады. Второй частью являются слуховые псевдогаллюцинации – внутренние голоса. Третьей – наличие в анамнезе суицидных попыток.

Автор считает, что отличительным признаком, разграничивающим ДРИ и шизофрению, является то, что голоса, локализованные внутри себя, не вызывают потерю контакта с реальностью. Пациенты воспринимают эти внутренние голоса как часть себя. Более того, многие пациенты с ДРИ сообщают, что они живут с внутренними голосами так долго, как вообще себя помнят. Их удивляет утверждение о том, что другим людям такие переживания несвойственны.

Следует обратить также внимание на соматические симптомы, присутствующие в течение длительного периода жизни. Пациенты с ДРИ часто сообщают о наличии у них в течение жизни необъяснимых болей в области живота, урологических проблем, головных болей, обычно диагностируемых как «мигрень». Психоаналитически ориентированные специалисты придают специальное значение выявляемому у этих пациентов отвращению к некоторым пищевым продуктам и нарушение глотательного рефлекса, поперхивания, затруднение дыхания при приеме пищи. Подобные расстройства расцениваются как связанные с сексуальным насилием, оральным сексом в детском возрасте.

Затруднения диагностики ДРИ обусловлены тем, что после психической травмы, ведущей к возникновению патологии, формируются различные ego-состояния, несущие в своих клинических проявлениях содержания психической травматизации. Наличие у одной/одного пациентки/пациента различных патологических проявлений объясняет разные диагнозы, зависящие от конкретного ego-состояния, в котором наблюдается пациент/пациентка. В зависимости от содержания стрессовой ситуации во время обращения может быть, например, диагностирована депрессия, генерализованное тревожное расстройство или апатия, что вызывает большие трудности у психиатра, не фиксирующего наличие диссоциативной патологии.

Следует учитывать, что потеря памяти при ДРИ не наблюдается у пациентов с пограничным личностным расстройством, во всяком случае, не в таком размере, чтобы вне осознания индивидуумом возникал феномен захватывания контроля частью психики над всем поведением.

Диагностика ДРИ должна включать использование психологических тестов. К ним относятся:

1. MMPI. Для позитивных результатов характерно повышение f (шкала валидности) и повышение Sc (шкала шизофрении). Обычно пациенты проявляют полисимптомность и значительные нарушения в результатах тестирования. Они часто интерпретируются как указывающие на шизофрению или (Вторая ось) на пограничное личностное расстройство. Более точная информация может быть получена при использовании нового варианта теста – MMPI-2.

2. SCID-D-R, предложенный Марлен Стейнберг [28]. В тесте производится идентификация наличия пяти признаков диссоциации. Этими признаками являются: 1 – диссоциатив-

ная амнезия; 2 – деперсонализация; 3 – дереализация; 4 – спутанная идентичность; 5 – нарушение идентичности. ДРИ переживается его носителями как спутанность идентичности, в то время как недиссоциированные пациенты переживают жизнь более интегрировано. Переживания при ДРИ характеризуются часто чувством разрыва связи с окружающим миром, иногда чувством нахождения во сне.

Б. О'Реган (B. O'Reagan) [22] описал диссоциацию как «бессознательный защитный механизм, при котором группа психических активностей отщепляется от главного потока сознания и функционирует в форме сепаратной единицы». Целью диссоциации является захват памяти или эмоций, непосредственно связанных с травмой, их инкапсуляция, отделение от сознательного «Я».

Д. Хэддок (D. Haddock) [16] выделяет ряд свойственных диссоциации функций:

1. Диссоциация является творческим способом удерживания неприемлемого для осознания психического материала.

2. Это способ внутренней системы ДРИ защищать секреты и обучаться адаптироваться к окружающему.

3. Это защита, сохраняющая каждодневное функционирование.

4. Диссоциация позволяет сохранить привязанность к агрессору.

5. Диссоциация позволяет сильным и часто конфликтующим эмоциям храниться в отдельных участках психики.

Национальный институт психического здоровья (NIMH) в США проводил исследование 100 пациентов с ДРИ. Было установлено, что в среднем потребовалось 6–8 лет между первым наблюдением пациентов и окончательным правильным диагнозом [23].

Американский психиатр С. Брэнди (S. Brandee) [11] устанавливает, что множественное личностное расстройство (в настоящем ДРИ) имеет две причинных детерминанты:

1. Способность к глубокой диссоциации. Пациенты обнаруживают тенденцию к глубокой гипнабельности.

2. Историю обычно тяжелой и хронической травматизации в детстве, представляющей комбинацию эмоционального, физического и сексуального насилия.

М. Стейнберг [28] предложила вопросники для выявления и количественной оценки нарушений, входящих в признаки ДРИ. Так, например, вопросник для диагностики амнезии состоит из следующих вопросов:

1. У меня есть затруднения в воспоминании моего детства до 4-летнего возраста.

2. Когда я оглядываюсь назад на свою жизнь, она выглядит как проблема с недостающими звеньями.

3. У меня имеются трудности с воспоминаниями моей каждодневной деятельности.

4. Перед выступлением я беспокоюсь, что забуду сказать о чем-то важном.

5. У меня бывает чувство, что я переживаю прошлое повторно.

6. Я забываю личную информацию, такую как мое имя, возраст, адрес или дату рождения.

7. Когда я веду машину по знакомой дороге и прибываю в место назначения, я обнаруживаю, что я не осознавал/осознавала течения времени во время поездки.

8. Могут проходить часы или дни, которые я не помню.

9. Я обнаруживаю себя в неожиданных местах и не способен/способна вспомнить как или почему я здесь оказался/оказалась.

10. Я забываю, где я оставил/оставила свои ключи, очки или другие личные вещи.

11. Я чувствую, как будто воспоминания о моем детстве спрятаны внутри меня.

12. Я нахожу в своем доме вещи, принадлежащие мне, но я не могу вспомнить, как и где я их приобрел/приобрела.

13. Когда я читаю книгу или смотрю кино, я теряю чувство времени.

14. У меня есть навыки, но я не помню, как я им обучился/обучилась.

15. Я чувствую, что у меня происходят «выпадения» в памяти (не связанные с употреблением алкоголя).

В случаях наличия какого-то (каких-то) из приведенных переживаний следует ответить на три вопроса:

1. Мешало ли это переживание (переживания) вашим отношениям с друзьями, членами семьи или сотрудниками по работе?

2. Нарушало ли оно (они) вашу способность работать?

3. Вызывало ли оно (они) у вас дискомфорт или напряжение (дистресс)?

При скорировании учитывается частота переживаний (никогда, 1–2 раза, иногда, почти все время), возникновение переживаний только под воздействием алкоголя или других веществ. Наличие амнезии устанавливается от 11 «очков». Тяжелая амнезия при 31–50.

Значение высокой самогипнабельности заключается в том, что лица с ДРИ имеют в своем распоряжении особый защитный механизм, который недоступен другим жертвам насилия. Диссоциация позволяет пациентам с ДРИ избегать необходимости иметь дело с непереносимыми эпизодами из прошлого и настоящего, передавая переживания альтернативной личности (другому «Я»-состоянию). Лица, лишенные возможности диссоциации, могут использовать вместо нее такие формы психологической защиты, как отрицание или репрессию, что приводит к развитию других видов расстройств.

Исследование истории жизни пациентов с ДРИ показывает наличие сексуального насилия в детском возрасте, и более редко психическую травму, содержанием которой являлось присутствие при неожиданной смерти кого-либо из наиболее близких людей.

Наиболее ранние сообщения о ДРИ касаются двойных личностей. Тем не менее, по данным И. Блисса [6], П. Коонса и соавт. [13], среднее количество личностей варьирует от 6 до 16. Многие из них, судя по описаниям авторов, представляют скорее фрагменты личности. К. Росс [26] в связи с этим высказывает точку зрения, что создание большого количества фрагментов может даже не быть диссоциативным феноменом, индивидуум скорее присваивает отдельные названия различным воспоминаниям.

Переход между личностными состояниями занимает от одной/нескольких секунд до нескольких минут и может быть как неосознанным так и осознанным, обусловленным волевым актом. Ф. Патнэм [25] суммирует общие черты такого перехода: «Во многих, но не во всех, случаях …начало переключения сигнализируется морганием или закатыванием глаз. Могут наблюдаться быстрые трепетания глазных яблок. Транзиторные лицевые подергивания или гримасничание часто сопровождают переключение. Кроме того, могут иметь место судороги тела, дрожь, или внезапные изменения позы. Если переключение занимает несколько минут для его завершения, индивидуум может войти в трансоподобное состояние без реакции на внешние раздражители, с пустыми, ничего не видящими глазами». У некоторых лиц имеют место «судорожноподобные переключения, которые, периодически, принимаются за эпилептические припадки» [25, с. 120–121].

М. Стаут [32] приводит клиническое наблюдение ДРИ у пациента Гарретт, 41 года, маляра по профессии, посвятившего себя гуманитарной деятельности в Центральной Америке. Пациент обратился за помощью, в связи с тем, что «другие» часто неожиданно вторгались в его жизнь во время работы, когда он общался с людьми. «Они» называли себя по имени, грубо вмешивались; проявляя себя в контакте в ином ego-состоянии. Гарретт постоянно рисковал испортить отношения, в том числе с непосредственным начальством. Пациент говорил, что он всегда знал, что «они» здесь, но никогда о «них» особенно не думал. «Они были в большей или меньшей степени моим личным делом». И только когда они стали «выступать перед другими людьми, и я увидел, как эти люди на это реагировали, это стало главным». Гарретт вначале называл «других» «Джеймсом» и «Гордоном». Анализируя постоянно происходящее, пациент пришел к заключению, что, если бы «другие» появились «на сцене», не обозначали

себя вслух, большинство людей никогда бы не поняли, в чем дело и думали, что это он сам позволяет себе такие выходки. Когда в действительности во время одного из таких эпизодов его шеф рассвирепел, пациент обратился за психиатрической помощью. Его главной целью при этом было не избавление от «других», а приобретение возможности «их» контролировать, «удерживать внутри себя», по крайней мере, во время значимых для пациента межличностных контактов.

Интересно, что первый специалист, к которому обратился пациент, поставила диагноз: «Большая рекуррентная депрессия у шизотипической личности». Психиатр была уверена в наличии галлюцинаторных расстройств.

Только третий психиатр [32] установила в истории жизни пациента наличие хронической тяжелой психологической, физической и сексуальной травматизации в детском периоде, начиная с пятилетнего возраста.

В это время после трагической гибели его отца в автокатастрофе в их доме поселился старший брат отца. Дядя пациента терроризировал всю семью: мать, Гарретта и его младшего брата, которому был всего год. Гаррет любил брата, всячески опекал его, обучил ходить, пытался защитить его от дяди, стараясь переключить на себя его агрессию. Дядя подвергал Гарретта сексуальному насилию, часто избивал его и брата. Во время одного из таких избиений, когда младшему брату было шесть лет, дядя избил его до смерти. Дядя привлекался к ответственности, но не был осужден, т. к. единственным свидетелем был Гаррет, который взял на себя вину и постоянно настаивал на том, что он убил брата.

В процессе терапии пациента у него удалось раскрыть наличие большого количества диссоциированных ego-состояний. Некоторые из них возникали редко, другие постоянно «прорывались на сцену». Создавалось впечатление, что сам Гаррет не знает всех присутствующих в его психике «других».

«Джеймс» выступал в качестве одной из ведущих фигур – в виде маленького беспомощного беззащитного ребенка. «Гордон», наряду с «Джеймсом», присутствовал в роли защитника. Кроме того, часто возникал «Вилли», который представлял собой глубоко верующего, погруженного в Библию религиозного человека. «Вилли» посещал церковь по воскресеньям, хотя сам Гаррет не был верующим. У прихожан не возникало подозрения, что они встречаются в церкви с человеком в диссоциированном ego-состоянии.

В дальнейшем М. Стаут [32] обнаружила наличие «Эйби» – «другого», который был убежден, что Гаррет убил своего младшего брата и настаивал на том, что единственно правильным решением, расплатой должно быть самоубийство пациента.

Открылось наличие еще одного «другого», который называл себя «Большим Джеймсом», и представлял собой вариант более старшего «Джеймса». «Большой Джеймс» так же, как и оригинальный «Джеймс», говорил детским голосом и испытывал страх, что «Эйби» убедит Гарретта покончить с собой. Если Гаррет покончит с собой, то «Большой Джеймс» также умрет, а он умирать не хочет. В этом случае у «других» не было согласия между собой и с самой «личностью хозяина» – Гарретта.

М. Стаут наблюдала различные варианты ДРИ. У некоторых пациентов/пациенток контролирующие поведение диссоциированные ego-состояния идентифицировали себя именами. В других вариантах они, вообще, себя «не предъявляли». Автор подчеркивает, что, в отличие от «большой депрессии» или шизофрении, ДРИ может очень долго не распознаваться, даже в случаях значительного изменения физиологического функционирования при появлении на сцене «другого».

М. Стаут видела пациентов/пациенток, у которых «наблюдающее ego» личности хозяина знало о существовании «других», во всяком случае, о главных «персонажах» (как в приведенном случае). В то же время, пациенты/пациентки, находясь в каком-то из присущих им диссо-

циированных ego-состояний, могут не знать о наличии других диссоциированных состояний и даже не осознавать наличие «личности хозяина».

М. Стаут подчеркивает жизненно важное значение способности к диссоциации. Подвергающиеся хронической травматизации, насилию дети во многих случаях находятся на грани выживания. Психологический защитный механизм диссоциации позволяет отвлечься хотя бы временно от невыносимой реальности.

В процессе терапии ДРИ защитные диссоциативные ego-состояния могут быть интегрированы в личность, расширяя ее адаптивные возможности в различных трудных, включая экстремальные, ситуациях.

Специальный интерес представляют психопатологические симптомы, регистрируемые в структуре ДРИ. К ним относятся депрессивные симптомы, тревога и фобические симптомы, галлюцинации, нарушения мышления, бредовые идеи.

Ф. Патнэм [23] устанавливает, что наиболее частым симптомом ДРИ является депрессия. В его исследованиях NIMH [23] выявлено, что у 88 % пациентов обнаруживались симптомы, свойственные депрессии, что приводило к ошибочной диагностике «большого аффективного нарушения». Вероятность ошибочного диагноза возрастала, в связи с наличием, кроме депрессии, различных элементов суицидального поведения. Первичная личность, называемая часто личностью «хозяина», обычно характеризуется низкой самооценкой, ангедонизмом, сверхозабоченностью. Пациенты жалуются на затруднения в концентрации внимания, усталость, сексуальные затруднения, приступы слезливости.

Инсомния или другие нарушения сна чрезвычайно часты. Что представляют собой эти нарушения? Они отличаются от наблюдаемых при тревожном расстройстве или обычной депрессии, для которых характерны затруднения засыпания или раннее пробуждение. ДРИ характеризуется нарушениями сна, регистрируемыми при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР). Имеют место ночные кошмары, устрашающие гипнагогические и гипнапомпические галлюцинации.

В отличие от «большого аффективного расстройства», настроение изменяется чересчур часто, несколько раз в течение дня или даже часа. Е. Блисс (E. Bliss) [7] констатирует, что симптомы фобии, тревоги или панического расстройства часто входят в общую клиническую картину ДРИ. Приступы тревоги у личности хозяина могут сохраняться при переключении на другие альтернативные личности. Так, у личности хозяина регистрируются такие соматические симптомы, как сердцебиение, нарушение дыхания, затруднение глотания, парестезия, слабость, тремор до и после переключения на другую личность. Соматическая «заданность» может оказаться ключевым фактором, вызывающим прорыв на сцену личности с фобическим поведением. Этому способствуют определенные средовые факторы: социальные ситуации, произнесённые слова, объекты, места. Все они играют роль триггеров, подобно тому, что происходит при ПТСР.

П. Коонс [13], Ф. Патнэм [23] обращают внимание на то, что большинство пациентов с ДРИ переживают слуховые и/или зрительные галлюцинации. Слуховые галлюцинации характеризуются голосами, осуждающими и унижающими пациента (как правило, личность хозяина). Голоса могут приказывать совершать самодеструктивные действия и/или акты насилия, обсуждать жизнь пациента, его поведение, чувства и мысли, говоря о нем/ней в третьем лице. Пациенты могут слышать крики, стоны, плач или издевательский смех. Ф. Патнэм выявил, что во многих случаях они слышат плач ребенка. Иногда голоса выражают поддержку, сочувствие, что-то советуют.

Содержание голосов и их длительность часто приобретают характер дискуссии, которая кажется пациентам логичной и интересной. В последнем варианте отражается участие «вторичного процесса». Если переживающая голоса личность не осознает наличия у нее других личностных состояний, этот феномен может вызвать страх.

Зрительные галлюцинации представляют смесь галлюцинации и иллюзий, они часто сочетаются с деперсонализацией. Пациенты часто сообщают, что видят себя в зеркале в виде другого человека.

П. Коонс выделяет у пациентов с ДРИ синдром «псевдо, квазибреда». Речь идет о фиксированном убеждении пациентов, что в одной из возникающих идентичностей они являются сепаратными, совершенно особыми и способны причинить физический вред другим альтернативным идентичностям безо всякого ущерба для себя. Обычно это относится к идентичности «хозяина». Пациенты часто переживают чувство воздействия, контроля над своей психикой со стороны, что, очевидно, объясняется активностью скрытого в бессознательном присутствия других идентичностей.

Суицидальное и самоповреждающее поведение очень типично при ДРИ.

¾ пациентов совершали одну или более серьёзных суицидных попыток, самоповреждающее поведение возникало, по крайней мере, в ⅓ случаев [13].

Ф. Патнэм [23] приводит данные NIMH, свидетельствующие об актуальности проблемы злоупотребления субстанциями, изменяющими психическое состояние. В ⅓ случаев ДРИ пациенты злоупотребляли многими веществами, что относится к алкоголю, стимуляторам, седативным средствам. П. Коонс обнаружил, что злоупотребление веществами часто начинается с приема анальгетиков, выписываемых врачами, в связи с беспокоящими этих пациентов головными болями.

М. Стейнберг и М. Шналл [31] при анализе ДРИ специально останавливаются на подробном описании стержневого синдрома нарушения – диссоциации. Авторы определяют диссоциацию как: «адаптивную защиту в ответ на тяжелый стресс или травму, характеризующуюся потерей памяти и чувством нарушения связи с самим собой и своим окружением». Для пациентов типичны объяснения следующих содержаний: «Я не чувствую себя самим собой», «я чувствую себя каким-то другим человеком», «это похоже на просмотр фильма в моей голове, когда вы смотрите кино и поглощены им, и вы забываете, кто вы, забываете о времени, о том, что происходит в вашей жизни», «это когда вы знаете, что вы что-то делаете, но вы чувствуете, что это делаете не вы, а кто-то другой» [31, с. 28].

М. Стейнберг и М. Шналл подчеркивают, что диссоциация в принципе является здоровой адаптивной защитой, используемой людьми в ответ на тяжелый стресс или угрожающую жизни опасность. У многих нормальных индивидуумов легкие диссоциативные симптомы возникают в случаях эмоционального возбуждения, ситуациях потрясения, под воздействием сильных впечатлений. Другие лица переживают диссоциации умеренного уровня, что также не приводит их к нарушениям функционирования.

Диссоциация сопровождается переживанием ряда феноменов, в число которых прежде всего входят:

1) чувство отстраненности от своего психического и/или физического «Я»;
2) чувство нереальности;
3) притупление эмоций;
4) обострение ощущений;
5) изменение восприятия окружающего мира;
6) замедление переживания времени, чувство остановки времени («время застыло»);
7) ускорение мыслей;
8) автоматические движения;
9) оживание скрытых репрессированных переживаний;
10) чувство отсоединения от собственного тела с ощущением полета;
11) чувство, как будто вся жизнь проходит перед глазами;
12) чувство наблюдения за собой «как в кино».

Интересно, что пациенты с диссоциативными расстройствами, не достигающими уровня ДРИ, способны сохранить какой-то контакт с реальностью во время диссоциативных эпизодов. Об этом свидетельствует, в частности, употребление ими выражений типа «как бы», «это напоминает мне…». Языковые обороты отражают наличие чувства, что то, что происходит с ними, совершается на другом уровне сознания, который не задействован в обычном состоянии. В нормальном состоянии диссоциированный материал мало доступен осознанию, но присутствует повышенная готовность к его прорыву на уровень сознания.

С. Хокинг (S. Hocking) [19] разделяет симптомы ДРИ на физические и поведенческие, он также указывает на злоупотребление веществами и сексуальное поведение (промискуитет или полное воздержание).

Физические симптомы включают головные боли, непредсказуемые реакции на медикаментозное лечение, изменение в переносимости боли, чрезвычайно быстрое излечение, парезы, слепоту; болезнь у одного «другого», но не у остальных «других», изменение артериального давления, изменения в результатах различных медицинских анализов.

Поведенческие симптомы выражаются в изменениях голоса – интонациях, акценте, модальности, меняется словарный запас. Изменяются навыки: в одном диссоциированном ego-состоянии пациент может рисовать, в другом – петь или что-то писать, могут наблюдаться фобии, приступы насилия. Пациенты могут восприниматься как патологические лгуны.

В определенных диссоциативных состояниях они слышат голоса в форме содержательной беседы или «словесной окрошки»; говорят о том, что «думают чьими-то мыслями» или «живут параллельными мирами»; используют обращения к ним в третьем лице, употребляют местоимения «мы», «она» или «он» вместо «Я»; наносят себе повреждения, иногда не будучи в состоянии вспомнить о своих действиях. Имеют место суицидные попытки, не узнавание хорошо знакомых лиц. Характерны значительные изменения предпочтений к различным пищевым продуктам.

В отношении диссоциативных расстройств существует несколько мифологических представлений, под влиянием которых находятся многие специалисты, включая психиатров. Основные наиболее часто встречаемые мифы:

1. Миф о том, что диссоциативные симптомы всегда свидетельствуют о наличии серьезной патологии, являются признаком «безумия». В действительности, диссоциативные симптомы как таковые могут быть недостаточными для диагностики ДРИ, представляют быстро проходящую естественную реакцию на стресс или травму.

2. Миф о том, что диссоциативные расстройства встречаются чрезвычайно редко. Специальные исследования опровергают это представление. М. Стейнберг и М. Шналл [31] пишут, что «30 миллионов людей (США) или 14 % общего населения переживают возникновение отдельных диссоциативных симптомов». Авторы устанавливают ту особенность, что чем более хронический характер приобретает возникновение диссоциативных симптомов, тем менее остро они воспринимаются, в связи с развитием адаптации к ним. Диссоциации являются болезнью современного общества. Установлено, что ДРИ имеет место у 1 % людей.

3. Миф о том, что появление «множественных личностей» легко устанавливается. На самом деле, диагностика ДРИ, появления альтернативных состояний требует специальных знаний, опыта, информированности об этом расстройстве.

4. Миф о том, что большинство воспоминаний о сексуальном насилии в детстве ложны. Этот миф опирается на концепцию З. Фрейда об эдипальном комплексе и комплексе Электры, переживания которых связаны с «мышлением по желанию», фантастическими представлениями, сценариями, не основанными на реальных событиях. На самом деле, внимание исследователей в США к проблеме сексуального насилия над детьми было привлечено еще в 1929году [17]. Автор документировал совершение сексуального насилия над детьми женского пола в 24–37 % случаев. Более современные исследователи подтверждают его данные. Так, Г. Абель (G.

Abel) [1] с сотрудниками проводил анонимное исследование сексуальных агрессоров и получил следующие р езультаты: 232 сексуальных агрессора сообщили о попытках совершения насилия к 55 000 жертв в 38 000 инцидентов, их жертвами оказались 17 000 детей.

5. Миф о том, что женщина или мужчина, подверженные сексуальному насилию в детстве, никогда не забывают об этом. В действительности, сексуальная травматизация часто «забывается» в результате диссоциации и/или репрессии.

6. Миф о том, что ДРИ не является «настоящей» болезнью. Данные изучения ДРИ показывают, что расстройство является болезнью, требующей профессионального лечения.

Анализ жизненной карьеры лиц с ДРИ показывает, что последняя может складываться по-разному. Некоторые из них достигают успеха в различных областях: в литературе, искусстве, технике, науке. В то же время значительная часть ведет антисоциальный образ жизни, совершает правонарушения, злоупотребляет наркотиками, алкоголем, занимается проституцией. Возможно сочетание двух или более противоположных друг другу стилей жизни, в которых каждый участник имеет свое собственное имя. В книге В. Сайнэсона (V. Sineson) [29] приводятся соответствующие наблюдения. Например, Джейн, читающая успешно лекции в университете и пользующаяся авторитетом среди студентов, в диссоциативном состоянии, под именем Иния, выступает в качестве хозяйки садомазохистского дома свиданий; как Мил совершает мелкие кражи; как Джанет работает программистом и как Аннет является химическим аддиктом. Каждая из этих персонажей имеет свой стиль поведения, одежду и отдельную квартиру (дом).

Содержание травм, приводящих к развитию ДРИ, подробно анализировались К. Нортом и соавт. (C. North) [21]. Было установлено, что это расстройство связано не только с сексуальным насилием в детском, но и во взрослом возрасте. Ф. Патнэм [23] в США исследовал 100 пациенток/пациентов с ДРИ и установил, что 97 из них пережили большую раннюю травму, при этом почти 50 % были свидетелями насильственной гибели близких для них людей.

А. Бентовим (A. Bentovim) [4] предлагает оперировать понятием «травмоорганизующей системы» (ТОС). ТОС включает в себя следующие факторы:

1. ТОС в своей основе система активного взаимодействия. Ключевыми «актерами» здесь являются агрессор (А.) – лицо, совершающее/совершившее насилие и травмированная жертва (Ж.).

2. Отсутствует защитник или же лица, потенциально способные защитить, нейтрализованы.

3. А. находится во власти импульсов, стремления к физическому, сексуальному или эмоциональному насилию. Эти стремления связаны с предшествующим опытом совершения насилия.

4. Причина насилия часто атрибутируется к Ж., которая, в соответствии с ее семейными и культуральными ожиданиями, считается ответственной за чувства и интенции А.

5. Любое действие со стороны Ж., возникающее вследствие насилия, или стремление избежать насилие, интерпретируется А. как причина насильственных действий или оправдание дальнейшего насилия.

6. У Ж. и А. присутствует чувство предопределенности нахождения в безвыходной ловушке; они считают, что невозможно вырваться за пределы возникшей модели поведения, которая не имеет другой альтернативы.

7. Любая потенциально защитная фигура оказывается нейтрализованной, в связи с секретностью, минимализацией вреда, причинённого А; осуждением Ж. Процессы умалчивания, диссоциации распространяются на Ж., на А. и тех, кто мог бы потенциально защитить Ж.

8. Мыслительные процессы как Ж., так и А. характеризуются стиранием мыслей, минимализацией переживаний, игнорированием травмирующих событий. Процесс диссоциации,

отделения части «Я» от травматического переживания становится стилем, моделью поведения, позволяющим индивидууму продолжить существование в реальном мире.

9. Повторяющийся характер насилия приводит к изменению восприятия реальности участниками ситуации, включая потенциальных защитников и профессионалов, которые оказались включенными в семейную ситуацию.

10. Патологически организованная реальность оказывает постоянное давление в соответствии с установкой: не видеть, не слышать, не говорить, что блокирует способы выхода из травмирующей ситуации. У Ж. могут возникать различные диссоциативные идентификации противоречивого характера: от функционирующего или ранимого бессильного «Я»-состояния, к состоянию всемогущества, идентификации с агрессором.

С. Хокинг (S. Hocking) [19] устанавливал, что в 95 % случаев ДРИ было вызвано тяжелой и повторяющейся сексуальной травматизацией, которая обычно начиналась до пятилетнего возраста. В оставшихся случаях имели место физическое или эмоциональное насилие, ритуальное насилие или пренебрежение [19, с. 7]. Сексуальное насилие включало половые контакты, оральный секс, сексуальные прикосновения или принуждение к наблюдению сексуальных актов, взаимную мастурбацию. Имели место также принуждения к раздеванию перед агрессором, лишение всякой приватности при купании, туалете и др.

Д. Финкельхор (D. Finkelhor) [14], анализируя влияние сексуального насилия в детстве, обнаруживает многоуровневые эффекты травмы. Автор называет последние «травмогенными динамическими ответами», задействующими разные «Я»-состояния. А. Бентовим [5] рассматривает травмогенные ответы в соответствии с его концепцией системного взаимосвязанного процесса с тремя эффектами: 1) «воспроизведения», 2) «избегания» и 3) «возбуждения». Каждый из этих ответов ведет к другому: воспроизведение – к избеганию, или гипервозбуждению; гипервозбуждение – к избеганию, последнее – к воспроизведению по типу круговых реакций. Воспроизведение по своему содержанию является вторжением нежелательных, болезненных и стрессирующих воспоминаний в мысли ребенка, что отражается в темах рисунков, разговоров и игровой деятельности. Развитию ДРИ противодействует наличие прочного «Я» достаточно когезивной идентичности. Формирование нормальной идентичности, здоровое чувство «Я», обусловлены усилиями со стороны родителей, обеспечивающих адекватную заботу, удовлетворяющих потребности, конструктивно реагирующих на эмоциональное состояние ребенка. Если этого усилия не происходит, наступает искажение развития чувства «Я», формируется диффузия идентичности, а в некоторых случаях (при наличии тяжелой психической травмы) развитие ДРИ.

А. Бентовим пишет, что дети, воспитывающиеся в обстановке насилия, характеризуются «глубоким отсутствием „Я“». Имидж и присутствие осуществляющих насилие родителей занимают все психологическое пространство ребенка. Имеет место идентификация с ролью Ж., интенсивная спутанность идентичности, отсутствие чувства ответственности, чувство ранимости, угрозы. Характерно развитие чувства вины (если меня наказывают, значит я заслужил/заслужила это наказание), самоосуждение, стремление к самоповреждению как к самонаказанию. Самоповреждение становится инструментом отвлечения от эмоциональной боли, и приобретения иллюзорного чувства контроля над собой и окружающей обстановкой, в связи с уходом от роли пассивного наблюдателя, ждущего очередного унижения, наказания и/ или насилия. Ощущение себя как жертвы или отсутствие чувства «Я» (Self) ассоциируется со спутанным, диссоциированным аффектом, фиксацией (attachment) на связь с агрессором. Это может приводить к идентификации с последним (одно из возможных диссоциированных «Я»-состояний в структуре ДРИ).

Возможно переключение от одной ранимой идентичности, с отсутствующим чувством интегрированного «Я» к другой, защищенной от травматизации, т. е. от бессилия к всевластию. Всевластная идентичность может проявлять агрессию, осуждать других, проявлять повы-

шенную сексуальную активность, развязность, грубость. Полярность, смена противоположных идентичностей формируют основу стиля поведения. При прохождении стадий детско-подросткового периода происходит постепенная кристаллизация основных идентичностей с совершенствованием интернализуемых ролей жертвы и агрессора.

В литературе по ДРИ (прежнем МЛР) получила признание теория Р. Клуфта (R. Kluft) [20], под названием «теория четырех факторов», которая останавливает внимание на: 1) способности к диссоциации; 2) всепоглощающие переживания детства, с которыми нельзя справиться, используя другие защиты; 3) идею о том, что диссоциативная защита очерчивает формирование личности, будучи интегрально связанной с другими интрапсихическими структурами; и 4) отсутствие благоприятных, поддерживающих лечебных факторов помощи до того периода, когда процесс становится относительно фиксированным. Б. Браун (B. Braun) и Р. Сакс (R. Sacks) [12] развивают концепцию Р. Клуфта, предлагая теорию трех факторов (на английском языке «теорию трех Р»: предрасположенности, провокации и продолжаемости (Predisposing, Precipitating and Perpetuating).

Р. Хиншельвуд (R. Hinshelwood) [18] разбирает феномен расширения ego, при котором его части не находятся во взаимодействии, как первичные или вторичные защитные образования, что эквивалентно термину «диссоциация». Тем не менее на практике, по мнению автора, термин «расщепление» часто используется ошибочно как синоним «репрессии», что вызывает путаницу в представлениях о существе процесса. Люди находятся под влиянием двух вариантов самооценок: 1) кем, они думают, они являются и 2) как они определяют свою идентичность. Эти оценки связаны с давлением со стороны окружающих и внутренней системой ценностей. В том случае, если человек время от времени ведёт себя по-разному, вследствие социального влияния, происходящее следует рассматривать не в границах отдельных идентичностей, а называть это явление изменением идентификации. Основные отличия от ДРИ заключаются в том, что индивидуум с сепаратными идентификациями имеет возможность функционировать в целом как интегральная личность.

В механизмах ДРИ Р. Хиншельвуд [18] выделяет следующую специфику:

1. Очевидно, имеет значение первичное состояние психики в младенческом возрасте, в котором присутствуют разделения. Это состояние может сохраниться вследствие недостаточности нормального интегративного процесса как результат внутренней патологии развития.

2. Разделение индивидуума с возникновением альтернирующих состояний сознания может возникнуть в более поздних стадиях развития в виде защитного механизма после перенесенной тяжелой травмы.

3. Определенные процессы приводят к появлению по-настоящему некоммуницирующих друг с другом «субличностей» или «других». Эти состояния психики могут быть стабильными с периодическим возрастанием разных «Я»-состояний.

4. В структуре нарушения выступает влияние бессознательных процессов, которые воздействуют на отдельные субличности пациента.

5. Некоторые субкультуры в связи с прессингом на депривированные социальные группы могут стимулировать возникновение состояния измененного сознания (психики) с определенными негативными содержаниями.

6. Появление дезинтегрированных состояний психики может стимулироваться также в специальных ситуациях медицинского, судебно-психиатрического характера.

В заключение отметим, что чрезвычайно важной для понимания проблемы ДРИ является ориентация на теорию фиксации (attachment theory), развиваемую Джоном Боулби (J. Bowlby) [8, 9, 10], Мэри Эйнсворт (M. Ainsworth) [2] и Петером Фонаги и соавт. (P. Fonagy) [15]. В упрощенном виде теория фиксации (аттачмента) рассматривает отношения, возникающие между детьми и первичными лицами, осуществляющими о них заботу (primery cavergivers). Важность эмоциональной фиксации (аттачмента) заключается в том, что она создает среду,

в которой ребенок может исследовать окружающий мир, находясь в безопасности. Для этого важно, чтобы человек, осуществляющий заботу, оставался психологически и физически постоянным. Такие отношения являются «базой уверенности». В то же время возможны ситуации, когда такие базы разрушаются. Например, при воспитании детей родителями, которые находятся в депрессивном состоянии, обнаруживают симптомы посттравматического стрессового расстройства, психотического состояния, диссоциации и др.

Позитивная, безопасная эмоциональная фиксация (аттачмент), таким образом, развивается в младенческом возрасте в процессе интеракций ребенка и лиц, осуществляющих заботу, при постоянных позитивных адекватных реакциях на нужды и поведение ребенка. Безопасная фиксация (аттачмент) формирует у ребенка доверие, чувство уверенности, безопасности. Он чувствует, что его нужды будут удовлетворяться постоянно, что составляет важные ингредиенты в формировании когезивного спаянного «Я».

В случаях ДРИ развитие фиксации (аттачмента) оказывается блокированным, вследствие насилия, пренебрежения или же непостоянных непредсказуемых реакций со стороны лиц, осуществляющих заботу. Дети обучаются тому, что нельзя надеяться на поддержку со стороны родителей и/или других людей. Поэтому важным компонентом коррекции ДРИ являются подходы, направленные на устранение дефицитов развития и аттачмента, появившихся в детстве.

Специалист по диссоциативным расстройствам Д. Шпигель (D. Spiegel) [30], работающий в данном направлении, для пересмотра классификации DSM, пишет: «Мы хотим подчеркнуть, что критической проблемой было отсутствие интеграции, скорее, чем пролиферация личностей. Мы хотели, чтобы это состояние рассматривалось подобно другим психическим нарушениям, а не как неземное, фантастическое, культоподобное явление» [30, с. 29].

Наряду с приведенными формами ДРИ, нами наблюдалось семь пациентов/пациенток, у которых расстройство характеризовалось отличительной чертой, значительно изменяющей всю клиническую картину и динамику. В состоянии присутствовала тотальная дезориентировка в собственной личности, избирательная амнезия своих формальных данных (имени, фамилии, адреса, места работы (учебы) и межличностных отношений всей прошлой жизни). Пациенты/ пациентки «приходили в себя», как бы пробуждаясь. Это происходило внезапно в различных местах: на улице, на обочине дороги, между гаражами, около какого-то дома, на вокзале. В этот момент они могли идти, стоять, сидеть или лежать. Первой возникшей мыслью было «Где я?», вслед за которой сразу же «Кто я?». Все они не могли вспомнить, каким образом они оказались в незнакомом для них месте, что произошло с ними.

Понимая свою беспомощность, обращались к встретившимся людям, при нахождении на вокзале в медпункт или милицию, после чего доставлялись в больницу. Исследования показали, что у пациентов/ пациенток сохранена немедленная память на текущие события; после развития расстройства они были общительны (социабельны), контактны, осознают необычность возникшего у них состояния. Диапазон амнезии включает не только формальные данные о своей личности, но и все предшествующие событию межличностные отношения. В то же время, обнаруживается наличие ряда навыков, приобретенных в процессе обучения, информированности об основных, не касающихся их непосредственно фактах и событиях. Пациенты/пациентки осознавали свою недостаточность и в трех случаях проявляли активные самостоятельные попытки «вспомнить себя», фиксируясь на поиске сохраненных профессиональных навыков, специальных знаний, интересов, привычек, предпочтений и др. В связи с этим следует отметить, что обозначение подобных состояний термином «автобиографическая амнезия», скорее, неудачно, поскольку амнезия не затрагивает в значительной степени приобретенные в процессе жизни, обучения и работы знания и навыки.

Наблюдавшиеся состояния представляют интерес в следующих аспектах:

1. Имеет место потеря прежней идентичности с сохранением полного понимания наступившего события.

2. Потеря прежней идентичности воспринимается как необычное, чуждое по отношению к ego, болезненное явление.

3. Потеря прежней идентичности включает дезориентировку в собственной личности и амнезию всех межличностных отношений до возникновения нарушения при относительной сохранности общей информированности и профессиональных навыков.

4. У некоторых пациентов/пациенток обнаруживаются признаки амбивалентного отношения к ситуации: на сознательном уровне – стремление вернуться в прежнее состояние, на бессознательном уровне – психологическое сопротивление.

Длительность наблюдавшихся состояний потери идентичности была различной: от одних суток до нескольких месяцев и дольше с неизвестным сроком выхода. В случаях восстановления идентичности в анамнезе устанавливались тяжелые психические травмы в детстве и серьезная психическая травма непосредственно перед развитием потери идентичности. Данная динамика типична для диссоциативных расстройств. Ретроспективный анализ личностных характеристик позволял констатировать наличие признаков пограничного личностного расстройства (диффузная идентичность, импульсивность, эмоциональные колебания, самоповреждающее поведение и др.). Можно предполагать, что основными факторами, предрасполагающими к потере идентичности, являются особенности посттравматического развития и структуры личности, начиная с детского возраста. Последняя психическая травма оказывалась разрешающим событием, временно «стирающим» слабую, «неспаянную» (диффузную) идентичность.

Примером длительного ДРИ является случай наблюдаемого нами пациента Н. Молодой человек «пришел в себя» на вокзале и обнаружил, что рядом с ним сидит какая-то женщина, которая проявляет к нему участие и говорит о необходимости обращения в медпункт. Вначале он не понимал, где находится, но вскоре по окружающей обстановке разобрался, что это вокзал. Как оказался на вокзале, вспомнить не мог. Возникло состояние ужаса, т. к. «не мог сообразить, кто он», не знал своего имени, фамилии, места жительства, вообще ничего, что с ним было до момента «прихода в себя». «Вся предшествующая жизнь исчезла». Осознавал необычность, странность ситуации. При поступлении в клинику был коммуникабелен, просил помочь ему «найти себя». При психологическом обследовании обнаружил отсутствие нарушений немедленной и короткой памяти, на события после «прихода в себя» на вокзале, достаточно высокий интеллектуальный уровень. По MMPI-2 устанавливались черты, характерные для пограничного личностного расстройства. Через несколько дней на привокзальной территории был найден его паспорт и таким образом установлены его формальные данные (возраст 21 год) и место жительства. При встрече с матерью и братом проявлял сдержанность в поведении, их не узнал. Домой уехать отказался, объяснив, что «ему будет трудно играть роль члена семьи, которая ему незнакома». Узнавал себя на семейных фотографиях, но не мог идентифицировать своих близких. Со слов близких, было установлено, что пациент имеет высшее образование, увлекается Интернетом, тенденции к злоупотреблению алкоголем или другими веществами не проявлял. Отмечались обидчивость, неуравновешенность, смена увлечений. В девятилетнем возрасте после семейного конфликта уходил из дома и вернулся лишь на следующий день (не ночевал дома). Пациент находился в клинике более двух месяцев и согласился вернуться «домой» без восстановления нарушения.

В качестве иллюстрации кратковременного ДРИ приведем случай пациентки С., 19 лет, которая была доставлена «скорой помощью» в психиатрическую больницу. Она пришла в себя, лежа в траве на обочине дороги недалеко от Коммунального моста через реку Обь. Утверждала, что рядом с ней лежали еще двое неподвижных мужчин. Поднявшись с земли, не могла понять, как оказалась на этом месте и кто она. Остановила одну из проходящих машин и была доставлена в поликлинику, а оттуда в больницу. Вспомнила, что накануне вечером познакомилась с двумя молодыми мужчинами, выпила с ними небольшое количество алкоголя, после

чего молодые люди предложили ей пойти к ним в гости, на что она согласилась. В этом месте произошел, по ее словам, «обрыв ленты» воспоминаний о событиях. Помнила только, что каким-то образом оказалась со своими знакомыми на проезжей части дороги, где их всех сбила машина.

В воспоминаниях пациентки о рассказанных ею событиях присутствовала дезориентировка в собственной личности – не знала, кто она, где живет, где учится или работает, кто ее родственники и знакомые. Потеря ориентировки в собственной личности продолжалась около двух суток. Затем вспомнила свое имя, фамилию и место проживания. Высказала беспокойство о судьбе знакомых, которых сбила машина, плакала, говорила, что они, наверное, погибли. Наличие дорожного инцидента, о котором рассказала пациентка, не подтвердилось.

Пациентка смогла сообщить о себе следующие анамнестические данные. В шестилетнем возрасте потеряла родителей, мать умерла от болезни, а отец погиб в автокатастрофе. Воспитывалась в детском доме, в дальнейшем работала по отделке квартир. Жила у подруги, приютившей ее. Вела свободный образ жизни, быстро разрывая контакт со знакомыми. Курила, употребляла алкоголь в умеренных дозах, с регулярностью 1–2 раза в неделю.

Имевшее место состояние потери идентичности оценивала как «странное», никогда прежде не испытанное состояние, в причине которого она не в состоянии разобраться. Можно предположить, что временной потере идентичности в данном случае предшествовало психотравмирующее переживание, содержание которого было вытеснено (репрессировано) из сознания и трансформировано в более приемлемую для ego-состояния фабулу. Имеющие место травматические переживания детского возраста, особенности последующей жизни привели к нарушению формирования достаточно спаянной идентичности, что явилось «почвой» для феномена потери идентичности после очередной, предположительно серьезной, психической травмы.

В качестве другой иллюстрации к проблеме диссоциативного расстройства идентичности приведем пример пациентки П., 34 лет, которая поступила в психиатрическую больницу по направлению психиатра «скорой помощи». При осмотре в приемном покое больницы пациентка назвалась Настей, говорила, что ей 12 лет, была правильно ориентирована в месте и времени. В отделении при беседе с врачом-психиатром была спокойна, внешне опрятна, держалась несколько замкнуто, практически ни с кем не общалась. О причинах поступления сообщила, что «она в течение недели слоняется по городу, живет среди бездомных, которые сказали ей, что ее родители утонули в реке, и ей некуда больше было идти, поэтому она пошла в милицию, чтобы ей помогли оформиться в детский дом». При рассказе на глазах у пациентки появлялись слезы, голос дрожал. Делясь с врачом деталями своей двенадцатилетней жизни, сообщила, что в 11 лет ее изнасиловал отец, который злоупотреблял алкоголем. При беседах держалась несколько неуверенно, была пассивно подчиняема; создавалось впечатление, что поведение пациентки соответствует подростковому возрасту, садясь на стул, она подгибала под себя ноги. В психическом статусе психопродуктивная симптоматика не выявлялась. У врача просила, чтобы тот оформил ее в детский дом, чтобы она могла иметь возможность учиться, несмотря на то, что знала содержание многих художественных книг, могла читать слова на английском языке. Настроение пациентки было сниженным, в беседах о родителях часто плакала. В мышлении без грубых отклонений, шизофренических признаков не обнаружено.

Больной был проведен курс индивидуальной психотерапии с созданием доверительного контакта между пациенткой и психотерапевтом, акцентом внимания на поиск и активацию личностных ресурсов больной и безусловным принятием со стороны психотерапевта, что было наиболее полезно при фрустрированной потребности в безопасности, которая выявлялась у пациентки. В то же время, работа психотерапевта характеризовалась малой директивностью и достаточным самораскрытием, с обозначением своих чувств. Психотерапевт старался не поддерживать невротические способы регуляции контакта и игнорировал регрессивное поведение

пациентки. При работе были отмечены следующие доминирующие механизмы психологической защиты: диссоциация, регресс и отрицание. На третьей психотерапевтической сессии, на которой психотерапевт предложил обсудить взаимоотношения в семье пациентки, она попросила рассказать о своей семье, а позже произнесла фразу: «Никогда не отказывайтесь от своих детей», что явилось, по сути, первым признаком выхода из диссоциативного состояния. В следующий раз поведение пациентки отличалось достаточной активностью и уверенностью. Она первая вступила в контакт и рассказала, что «после прошлой беседы она пришла в себя», а также сообщила, что у нее совершенно другое имя, что ей 34 года и она в течение последних семи лет проживает с тетей, властной и жестокой по характеру женщиной, которая часто ее оскорбляет и унижает. Ранее у нее была своя семья и двое детей, но из-за того, что муж был алкоголиком и часто избивал ее, семья распалась. На протяжении жизни у нее неоднократно повторялись состояния, подобные тому, которое у нее было при поступлении в психиатрическую больницу, когда «сознание будто затуманивалось и мало что после этого помнилось». Родственники поэтому осуждали ее и считали странной. В результате семь лет назад от нее отказалась мать и выгнала из дома, пытается лишить ее родительских прав. Раньше пациентка работала швеей, но была уволена по сокращению, и теперь, оказавшись без жилья, находится на иждивении у тети, вынуждена терпеть грубое обращение с ее стороны. В день попадания в больницу она шла в магазин с тетей, и та в очередной раз оскорбила ее, после чего, с ее слов, она как будто «отключилась». Далее терапевтическая работа строилась в проработке различных планов на будущее, к психотерапии была подключена тетя пациентки; психотерапевт с помощью приемов конфронтации и поддержки, обеспечивая пациентке психологическую безопасность, демонстрировал возможность конструктивного диалога с родственницей. Через месяц пациентка была выписана из психиатрического стационара. В дальнейшем психотерапевтическая работа проводилась в рамках исследования травмирующей ситуации насилия из детства и выражения чувств, связанных с ней в условиях наличия поддержки и одобрения со стороны психотерапевта, с целью интеграции травматического опыта в структуру целостного «Я» пациентки.

Основную задачу психотерапии представляли осознание и коррекция механизмов дезадаптивной психологической защиты, проявляющихся в отрицании, диссоциации и регрессии. Регрессия сопровождалась повышенной, не соответствующей возрасту зависимостью больной от авторитетных фигур, тенденцией к установлению симбиотических отношений (однако симптома «ответов мимо», характерного для синдрома Ганзера, не отмечалось). Покорность и послушание при этом чередовались у пациентки с эпизодами протеста против опеки родителей и тетки, которые носили псевдоэмансипированный характер, имея целью одновременное удовлетворение зрелых потребностей при сохранении инфантильной позиции. Эти механизмы непроизвольно воспроизводились больной в ходе контакта с врачом, представляя собой проявление переноса, т. е. оживление интегрированных в структуре личности конфликтных установок и стереотипов поведения. Проявлением переноса в поведении являлись оживляющиеся в общении с врачом типовые для больной клише инфантильных ожиданий защиты, опеки, сопровождаемые страхом ее лишиться, а также соперничества с целью произвести впечатление. Врач в процессе переноса выступал в качестве авторитетной для пациентки фигуры отца. Осознание этих механизмов в общении с врачом и отреагирование старой травмирующей ситуации в новых, безопасных условиях помогло больной увидеть искажения в своем общении с другими лицами, что повысило точность ее оценки окружающей действительности и эффективность социального поведения.

Список литературы

1. *Abel, G.* Self – Reported Sex Crimes of Noncarcerated Paraphilias. Journal of Interpersonal Violence, 1987. 2 (1), 3—25 p.

2. *Ainsworth, M.* Attachments Across the Lifespan. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1985. 61, 792–812 p.

3. *Anosella, J.* Creating Hysteria. Wonen and Muliple Personality Disorder. San Francisco. Yossey – Bass Publication, 1999. p.103.

4. *Bentovim, A.* Trauma Organized Systems. London, Karnac, 1995.

5. *Bentovim, A.* Dissociative Identity Disorder a Developmental Perspective. In V. Sinason (2002) (Ed.) Attachment. Trauma and Multiplicity, 2002. 21–36 p.

6. *Bliss, E.* Multiple Personalities: A Report of 14 Cases with Implication for schizophrenia and Hysteria. Archives of General Psychiatry, 1980. 37,1388–1397 p.

7. *Bliss, E.* Multiple Personalities, Related Disorders and Hypnosis, 1983. 26, 114–123 p.

8. *Bowlby, J.* Attachment and Loss. v. I. Attachment. New York. Basic Books, 1969.

9. *Bowlby, J.* Attachment and Loss. v. II. Separation Anxiently and Anger. New York, Basic Books, 1973.

10. *Bowlby, J.* Attachment and Loss. v. III. Loss: Sadness and Depression. New York, Basic Books, 1980.

11. *Brandee, S.* First Person Plural. Multiple Personality and the Philosophy of Mind. Lunham, Maryland. Rowman and Littlefield, 1991.

12. *Braun, B., Sacks, R.* The Development of Multiple Personality Disorder: Predisposing, Precipitating and Perpetuating Factors. In R. Kluft Childhood Antecedents of Multiple Personality. Washington. American Psychiatric Press, 1985.

13. *Coons, P., Bowman, E., Milstein, V.* Multiple Personality Disorder: a Clinical Investigation of 5 °Cases. Journal of Nervous and Mental Disease, 1988. 176, 519–527 p.

14. *Finkelhor, D.* The Trauma of Child Sexual Abuse: Two Models. Journal of Interpersonal Violence, 1987. 2, 348–366 p.

15. *Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M.* Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. New York, Other Press, 2002.

16. *Haddock, D.* The Dissociative Identity Disorder. Chicago. New York. Contemporary Books, 2001.

17. *Hamilton, G.* A Research in Marriage. New York, Albert and Charles Boni, 1929.

18. *Hinshelwood, R.* The Di – Vidual Person. On Identity and Identification. In Sinason, 2000. V., 211–230 p.

19. *Hocking, S.* Someone I Know Has Multiple Personalities. Rockville, MD. Launch Press, 1994.

20. *Kluft, R.* Multiple Personality in Childhood. Psychiatric Clinics of North America, 1984.

21. *North, C., Ryall, J., Rissi, D., Wetrel, R.* Multiple Personalities, Multiple Disorders, Psychiatric Classification and Media Influnces. New York. Oxford University Press, 1983.

22. *O'Reagan, B.* Multiple Personality – Mirrors of a New Mind. Investigations Institute of Noetic Sciences, 1985. 1, 3–4; 1—23 p.

23. *Putnam, F.* The Scientific Investigation of Multiple Personality Disorder. In J. Queen (Ed.) Split Minds / Split Brains. New York, New York University Press, 1986.

24. *Putnam, F.* The Switch Process in Multiple Personality Disorder. Dissociations, 1988. 1, 24–32 p.

25. *Putnam, F.* Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder. New York, Guilford Press, 1989.

26. *Ross, C.* Multiple Personality Disorder: Diagnose, Clinical Features, and Treatment. New York, Wiley, 1989.

27. *Ross, C.* The Osiris Complex: Case Studies in Multiple Personality Disorder. Toronto, University of Toronto Press, 1994.

28. *Steinberg, M.* Strachered Clinical Interview to DSM – IV Dissociative Disorder Revised. Washington, DC. American Psychiatric Press, 1994.

29. *Sineson, V.* Ed. Attachment, Trauma, Multiplicity. New York, Brunner – Routledge, 2002.

30. *Spiegel, D.* Цит. по: *Anocella, J.* Creating Hysteria. Women and Multiple Personality Disorder. San Francisco, Jossey-Bass. Publication, 1999. P. 103.

31. *Steinberg, M., Schnall, M.* The Stranger in the Mirror. New York, Cliff Street Books, 2000. 28–32 p.

32. *Stout, M.* The Myth of Sanity. New York, Penguin Books, 2002.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Термин посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) связан с именем американского психоаналитика А. Кардинера (A. Kardiner) [25, 26], благодаря которому в 1980 году этот вид патологии появился в классификации. В то же время Х. Каплан и Б. Сэдок (H. Kaplan и B. Sadock) [24] в 1991 году выявили, что очень похожее на ПТСР нарушение было зарегистрировано у солдат во время американской Гражданской войны. Якоб Да Коста (DaCosta Jacob) в 1871 году описал таких солдат, употребив термин «солдатское сердце», в связи с наличием у них кардиальных вегетативных («автономных») нарушений. В годы Первой мировой войны синдром получил название «снарядного шока» (shell shock). Высказывалось предположение, что он является результатом мозговой травмы от взрывов снарядов. Во Вторую мировую войну посттравматическое стрессовое нарушение наблюдалось у лиц, переживших атомные бомбардировки Японии.

В 1941 году отмечалось, что лица, пережившие большой пожар в переполненном ночном клубе «Coconut Grove» в Бостоне, впоследствии жаловались на кошмарные сновидения, усталость, повышенную нервозность [24]. Появление синдрома всегда коррелировало с тяжестью стрессора. Так, у бывших узников нацистских концлагерей синдром устанавливался более, чем в 75 % случаев.

Работы А. Кардинер и М. Шпигель (A. Kardiner и M. Spiegel) [25], А. Кардинер [26] явились основой для составления списка симптомов ПТСР. На этот факт обращает внимание Алан Янг (A. Young) [51], который излагает историю развития понятия ПТСР.

Материал для своих исследований А. Кардинер [26] собирал непосредственно после Первой мировой войны. Стрежневым компонентом его концепции было положение, что предпосылкой «военных неврозов» являются личностные особенности. Автор рассматривал психическую травму как событие с высоким уровнем возбуждения, с которым человек не может справиться без определенных симптомов травматического синдрома. Внешне такие лица могут восприниматься как адекватные и здоровые. Не получив физических ранений, они оказались жертвами болезни, продолжающейся далеко за пределами имевших место психотравмирующих событий. Наблюдения А. Кардинера и его выводы в дальнейшем подтвердились, но в те годы таким лицам приписывались рентные установки и симуляция. Этим объясняется наличие сопротивления введению ПТСР в диагностические классификации.

В бывшем СССР и в России в течение длительного времени (до 1999 года) ПТСР не выделялось как нозологическая категория и иногда создавалось впечатление, что термин несет иную смысловую нагрузку.

Исторически ПТСР рассматривалось как специфическое военное расстройство, но потом перечень причин ПТСР расширился. Оказалось, что травмы, вызывающие развитие ПТСР, могут быть различными: участие в войне; попадание в плен, в заложники; серьезная угроза жизни, физической интеграции; угроза жизни близких; бандитское нападение; изнасилование; нападение террористов; похищение (киднеппинг); природные или связанные с деятельностью человека катастрофы.

В структуре ПТСР присутствуют два типа нарушений:

1) кратковременные, длящиеся от нескольких секунд до нескольких часов обратимые расстройства.

2) длительные, в некоторых случаях прогредиентные, затрагивающие личностный уровень нарушения.

Второй тип нарушений, таким образом, имеет ряд признаков, характерных для личностного расстройства, что дает основание для дискуссии о возможности выделения особой формы

посттравматического личностного расстройства – личностное расстройство, вызванное стрессом [41].

Синдром ПТСР возникает у человека, который пережил событие, выходящее за рамки обычного человеческого переживания, имеющего отчетливо стрессовый характер для каждого. Этот последний компонент очень важен, т. к. в настоящее время многие специалисты проявляют тенденцию к расширению границ ПТСР, диагностируя последнее после перенесения обычной психической травмы.

В DSM-IV-TR подчеркивается, что личностный ответ на стрессор должен включать интенсивный страх, беспомощность или ужас. ПТСР полностью развивается через некоторое время после травмы. Задержка во времени развития может быть очень короткой, например, одна неделя, и очень длинной, затягивающейся на годы (согласно Х. Каплану и Б. Сэдоку [24], до 30 лет). Авторы указывают, что приблизительно 30 % пациентов выздоравливают, 40 % проявляют легкие симптомы, 20 % – умеренные и 10 % остаются без изменения или их состояние ухудшается.

В DSM-IV-TR выделяется спецификатор отложенного по времени возникновения ПТСР, если это происходит спустя шесть месяцев после травмы.

Введено отсутствующее в DSM-III-R «острое стрессовое расстройство», развивающееся непосредственно после или во время действия психической травмы и длящееся от двух дней до четырех недель после завершения травматического события. Если симптомы продолжаются более одного месяца, правомерен диагноз ПТСР.

Таким образом, существует немедленная непосредственная реакция на травму, которая продолжается сравнительно короткое время и проходит, но затем через какое-то время на фоне бессимптомного периода может развиться ПТСР.

К кратковременным нарушениям в структуре ПТСР относятся:

1) повторяющиеся вторжения в сознание нарушающих психическое равновесие стрессирующих воспоминаний о травматическом событии;

2) повторяющиеся кошмарные сновидения, отражающие содержание психической травмы;

3) «вспышки» (flashbacks): внезапное появление перед глазами какой-то картинки, фрагмента чего-то знакомого. Кратковременность явления не позволяет распознать конкретное содержание образа;

4) внезапное возникновение диссоциативного состояния со сменой обычного состояния и поведения активностью, отражающей травматическое событие.

Кратковременные нарушения, как правило, провоцируются ассоциациями, связанными с травматическим событием (звук, запах, произнесенная фраза, чье-то поведение, элементы окружающей обстановки и др.).

Таким образом, травматическое событие постоянно «напоминает о себе», периодически переживаясь вновь.

П. Бромберг (P. Bromberg) [7] и Дж. Дэвис (J. Davies) [10] считают, что травма создает аффекты и образы, которые не могут быть интегрированы в сознании. Травматическое переживание удалено из когнитивной процессуальной системы, оставаясь в неинтегрированном и несимволизированном состоянии [45]. Возникают диссоциативные «Я»-состояния в переживаниях, активностях, которые не могут быть достаточно вербализованы. П. Бромберг [7] рассматривает диссоциацию как психологическую защиту против всепоглощающей тревоги, угрожающей распаду психической деятельности. Диссоциация позволяет разделить психику на субсистемы «Я»-объектных репрезентаций с различными организациями, содержаниями. Одна субсистема включает отношения с агрессором и содержит эмоции ярости, ужаса, мести, вины, стыда и др. Другая состоит из «Я»-объектных отношений с людьми, проявляющими заботу, сочувствие, оказывающими помощь и защиту.

Дж. Дэвис [10] подчеркивает, что из этого не следует, что одна субсистема становится сознательной, а другая находится в бессознательном. Обе системы конкурируют и проявляются в сознании, в зависимости от того, какая из них активизируется конкретными событиями.

Имеет место механизм феномена компульсивного повторения, при котором происходит насильственное вторжение травматических переживаний в психику в самое неожиданное время на фоне полного благополучия. Неожиданность возникновения феномена связана с тем, что в глубокой бессознательной системе разума функционируют определенные «настройки», которые улавливают сублиминальные, не выходящие на уровень сознания, сигналы, напоминающие травмирующую ситуацию. Бессознательная система настраивается на определенный, соответствующий травме «диапазон волн», в котором имеются различные частоты, соответствующие взаимосвязанным друг с другом средовым и внутренним факторам. Например, какая-то дата, погода, социальная ситуация в чем-то совпадают с травмирующим событием. Нейтральная для других тема разговора, чье-то высказывание вызывают бурную реакцию, т. к. воспринимаются в контексте прошлой агрессии. Частично такие реакции могут осознаваться, но полное осознание обычно отсутствует.

Один из названных признаков ПТСР – повторяющиеся неприятные, кошмарные сновидения, содержанием которых являются различные аспекты психотравмирующей ситуации. Эти сновидения обычно приводят к пробуждению, которое вначале бывает неполным. В переходном периоде, перед окончательным пробуждением может иметь место дезориентировка в том, что происходит вокруг, во времени, в месте, в лицах. Человек продолжает видеть ситуацию так, как он видел ее во сне, и соответственно реагировать. Эта активность может быть опасной и включать агрессивные действия по отношению к находящимся на близком расстоянии людям, которые воспринимаются как враги, участники травмирующего события.

При ПТСР иногда развиваются диссоциативные состояния с ощущением себя в другом месте, другой обстановке, которая воспринимается как угрожающая. Могут возникать иллюзии. Звуки, обычные фразы оцениваются как угрожающие. Возможно появление истинных галлюцинаций с резким изменением поведения. Такие состояния провоцируются употреблением алкоголя, стрессами, информацией, прямо или косвенно затрагивающей травмирующие события, различными переживаниями, отдаленно ассоциирующимися с травмой.

Присутствует бессознательное желание избегать стимулов, связанных с травмой, стремление заглушить общую повышенную реактивность, которой не было до травмы. Пациенты стараются не думать об определенных вещах, избегать активностей, ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме. Часто выявляется неспособность вспомнить самые важные моменты, связанные с травмой, т. е. имеет место частичная психогенная амнезия, затрагивающая самый важный элемент травмы.

Признаком, отражающим наличие глубинных личностных расстройств, является объективно выявляемое изменение жизненной тактики и стратегии со сменой мотиваций, установок, стремлений. Типично общее снижение интереса. Если раньше человек увлекался многими вопросами, то сейчас интерес ограничен наиболее витальными проблемами. Многое из того, что было важным, ушло на второй план или потерялось.

Эти люди становятся неинтересными, особенно для тех, кто знал их раньше. Продуктивность контактов утрачивается. С ними практически не о чем говорить, поскольку они не включаются в разговор на многие темы. Эмпатические отношения не устанавливаются. Тонкие эмоции уходят, нюансы эмоциональных состояний исчезают.

Если речь идет о детском возрасте, то такие дети теряют ранее приобретенные знания и навыки. Мотивация к восстановлению утраченных позиций слаба или потеряна.

Проекция желаний меняется. С одной стороны, пациенты не любят вспоминать о прошлом, с другой, – не хотят думать о будущем. Такие лица ориентированы на настоящее, фиксированы на текущем моменте, на получении немедленного удовольствия, несмотря на раз-

дражающее их снижение самой возможности получать удовольствия. Характерны постоянное напряжение и выраженный психологический дискомфорт, что выражается в проекции собственной агрессии на других и обвинениями окружающих людей в агрессии против себя.

Отдельным признаком выделяется отчуждение, связанное с чувством, что окружающие их не понимают, что они живут совершенно в другом мире с иными ценностями. Настоящий контакт с другими невозможен. Присутствует стремление к взаимоотношениям с теми, кто пережил ту же или аналогичную травмирующую ситуацию, хотя такие контакты «срабатывают» на короткую дистанцию, сменяясь иногда в длительной перспективе взаимной агрессией.

Характерным симптомом является суженный диапазон аффекта. Сужается спектр эмоциональных реакций, что приводит, в частности, к неспособности устанавливать глубокие интимные отношения. Отрицательные эмоции преобладают над положительными.

Появляется чувство «сужения горизонта», или «кратковременности будущей жизни». И поскольку, с точки зрения пациента, все быстро закончится, нет смысла заниматься тем, что связано с длительными усилиями. Это касается отсутствия желания делать карьеру, строить личную жизнь, заниматься тем, что требует «вложений» в себя. Возникновение таких мыслей обычно провоцирует аддиктивные реализации.

Имеет место сниженная переносимость различного рода фрустраций и неприятных переживаний. Поэтому среди лиц с ПТСР так много постоянно и ежедневно употребляющих алкоголь. Поскольку употребление алкоголя приводит к семейным и производственным конфликтам, возникают новые очаги напряжения, неудовлетворенность собой, раздражение против себя, что тут же проецируется на других. Члены семьи пострадавшего могут об этом многое рассказать, поскольку ощущают такие реакции на себе.

Для лиц с ПТСР характерны симптомы повышенной возбудимости. Они выражаются, в частности, в трудностях засыпания. Разнообразные внешние факторы и раздражители (тиканье часов, шаги в коридоре и т. д.) мешают заснуть, приводят в состояние ярости. Однократная фиксация на раздражителе приводит к ее закреплению и последующему воспроизведению. Легко возникают раздражительность и злость. Такого человека нетрудно вывести из себя самым незначительным поводом.

Пациенты обращают внимание на трудности сосредоточения и фиксации внимания на сколько-нибудь длительный период.

ПТСР, связанное с какой-то серьезной психической травмой у взрослого человека, развивается значительно чаще у тех, кто раньше, до последней установленной травмы, перенес психическую травму, которая не была выявлена. Речь идет о значении ранней детской травматизации в развитии ПТСР у взрослых. Ряд авторов посвятили свои исследования изучению этой проблемы и выявили распространенность и значение ранней травматизации [6, 14, 15]). Насилие, инцестные отношения и т. д. вызывают у ребенка развитие ПТСР с определенными симптомами. Анализ симптомов с помощью, например, полуструктурированного интервью для выявления ПТСР в детском возрасте показывает сходство этих симптомов с симптомами ПТСР у взрослых. Если у ребенка развивается ПТСР, и затем он переживает серьезную психическую травму во взрослом возрасте, она попадает на уже подготовленную почву. Серьезность травмы детского возраста часто не выявляется, нарушения объясняются особенностями раннего периода развития, переходного возраста.

Широко обсуждается значение социальных, экономических и транскультуральных факторов в развитии и лечении ПТСР. Имеются в виду обстановка, в которой находится человек с ПТСР после перенесенной травмы, и особенности работы социальных структур. Подчеркивается, что если условия среды носят поддерживающий характер, это является благоприятным фактором в преодолении последствий ПТСР. Большое значение для характера течения нарушения имеет поддержка группы, в которой находится человек, межличностные контакты, т. е. наличие неформальной групповой солидарности [29, 40, 50].

М. Тауссиг (M. Taussig) [47] рассматривал влияние различных социальных факторов на особенности осознания ПТСР. Автор обращал внимание, что в состоянии длительного травматического расстройства, связанного с военными событиями, депортацией, обнаруживаются тесные отношения между тем, что происходило с конкретным человеком и коллективной историей группы, в которой он находится. Большинство беженцев, которые пережили травмирующие события, имеют одну и ту же историю и сталкиваются с похожими проблемами (потеря родственников, свидетельство преступлений и т. д.) Автор называет это «путешествием сквозь смерть». Он фиксирует внимание на том, что судьба каждого индивидуума оказывается характерной для коллективной судьбы тех, кто жил в одной стране, одном районе.

В то же время, Тауссиг обращает внимание и на другую сторону вопроса, которая заключается в том, что, несмотря на то, что беженцы, или депортированные лица прошли через похожие травмирующие события, из этого не следует, что они пережили одинаковую по силе, характеру и продолжительности травму. Нельзя не учитывать предшествующие травме события и личные особенности пострадавших. Речь идет о необходимости обращать внимание на два фактора: групповую сплоченность и особенности индивидуального развития. Способность человека отождествлять себя с общими проблемами облегчает выход из этого состояния. Пережившие коллективную травму часто демонстрируют способность выжить и адаптироваться на новом уровне. Дальнейшее изучение вопроса выявляет значение индивидуальных особенностей жизни, детства и т. д. Общая модель избавления от ПТСР учитывает индивидуальные особенности личности и индивидуальный опыт переживания травмы.

В ноябре 1998 года в Монреале проходил симпозиум по ПТСР под общим названием «Переосмысление травмы в транскультуральном мире». Подходы к травме рассматривались в соответствии с критериями диагностики ПТСР по DSM-IV с центрированием на конкретном человеке. После обсуждения общей модели особое внимание было уделено значению для выздоровления нейтрализации воспоминаний об отрицательных эмоциях, использованию аналитических методик, индивидуального отношения к травме, катарсису. Выступающие на симпозиуме фиксировали внимание на необходимости опоры на понятие коллективной травмы и подчеркивании факта, что все, что случилось, произошло не только с пострадавшим, но и с другими людьми, имеющими объединяющие элементы в жизни, судьбе, общие проблемы. Эти люди находятся где-то рядом, на улице, они не являются какими-то особенными, пациенты просто их не замечают.

Осознание наличия такой общности может быть усилено за счет создания специальных групп лиц, переживших психическую травму, в том числе и в детстве. Люди должны чувствовать, что они являются частью социальной сети, в рамках которой они могут помочь друг другу. При отсутствии социального взаимодействия в одной культуральной матрице отрицательные эмоции и воспоминания не могут быть повторно пережиты и переосмыслены на новом уровне в процессе обсуждений, дискуссий с приобретением иного смысла и отношения к этим переживанием.

Социальная и культуральная матрицы в мире не идентичны. Переживания травмы могут быть разными. Это следует учитывать при мобилизации лиц с ПТСР к социальной спаянности, необходимой для переосмысления травмы и демонстрации скрытых возможностей сопротивления и восстановления.

Люди по-разному реагируют на травмы, что связано с вовлечением разных систем ценностей, неодинаковым отношением к одним и тем же событиям. Обнаруживается, что в ряде западных стран многие травмы содержат особенно разрушительный элемент в связи с акцентом на модели жизни, основанной на незыблемости закона, своей защищенности, в прогнозируемости поведения людей в рамках закона. Травма разрушает уверенность в прочности этих положений.

В других культурах отношение может быть другим. В восточных странах, например, популярна позиция наблюдателя, дистантного восприятия происходящего. Некоторые считают случившееся «Божьим промыслом» и т. д. Понимание культуральных тонкостей имеет большое значение в работе с пациентами.

Была предложена концепция социальной политики по отношению к травме. Обсуждалось, как вести себя с такими людьми. Поддержана организация специальных летних курсов обучения для специалистов, которые работают с перенесшими тяжелые психические травмы пациентами.

Предлагалось выделять острую и длительную посттравматические реакции. З. Соломон (Z. Solomon) [43] строила свое сообщение на событиях войны в Заливе. По ее мнению, возникающие вначале расстройства являются острыми нарушениями. Подчеркивалась внутренняя полиморфность состояний ранних переживаний, и высказывалось предостережение от распространенной ошибки, связанной с наспех составляемым списком характерных симптомов. Они весьма разнообразны и связаны с конкретными лицами, зависят от множества факторов.

Обращалось внимание на то, что появление диагноза ПТСР привело к тому, что психиатры стали интересоваться, прежде всего, им, а острые реакции стали фактически игнорировать.

Исследования З. Соломон касаются, в основном, острых реакций. Она изучала их на израильских детях, которые подвергались ракетным атакам со стороны Ирака. Автор описывала переживания лиц, которые перенесли Холокост, психиатрических пациентов с психогенными психическими расстройствами, а также комбатантные реакции мужского и женского военного персонала.

Суждение о том, что ПТСР – это нормальная реакция на патологическую ситуацию, потеряло свою актуальность. Речь идет не о нормальной реакции, а о серьезной болезни.

Устанавливается связь ПТСР с дезинтеграцией веры, убежденности в значимости событий и явлений, ранее не подвергающихся сомнению. Разрушаются сами собой разумеющиеся ценности, и, прежде всего, вера в способность человека самому контролировать свою жизнь. Особенно травматичны эти перемены в культуре, где во главу угла ставится возможность определять свою судьбу. Важным фактором является разрушение онтологической безопасности.

Входящие в структуру ПТСР реакции на психологическую травматизацию, такие как избегание мыслей и чувств, связанных с психической травмой; чувство отгороженности от других; чувство кратковременности будущего с отсутствием длительной жизненной проекции представляют свойственный любому человеку ответ на тотальное когнитивное нарушение, основанное на ощущении разрушения привычного порядка, потери смысла жизни, разрушения стабильной и специфической для каждого этноса системы.

Имеет существенное значение общий психотерапевтический подход. Сегодня многие психотерапевты так же, как и их пациенты, устраняются от обсуждения событий, которые для самих терапевтов неприятны, и воспринимаются ими, как крайне травмирующие. Такая тактика не способствует переоценке содержания переживаний. Пациенты с ПТСР избегают вскрытия, обсуждения, переосмысления травмы. Реакция избегания переносится на психотерапевта, который репрессирует у себя или отрицает реальность, значимость, силу травматического события. Это может разрушать систему взглядов специалиста на мир, что имеет отрицательные последствия, которые выходят за рамки конкретного случая. Подход игнорирования реальности подсказывает «простые» решения, упрощает ситуацию. Выделяются «козлы отпущения», происходит деление на врагов, друзей, что не способствует мобилизации ресурсов пациента.

Большое значение придается исследованию психической травмы в культуральной перспективе, где рассматривается воздействие коллективных верований и особенностей поведения на возникновение ПТСР. Культура является системой, поддерживающей здоровье. Культу-

рально обусловленные привычки и ритуалы помогают индивидуумам контролировать эмоции, упорядочивать поведение, обеспечивают связь пострадавших от травм с социальной группой в символическом и прямом выражении.

При работе с ПТСР необходимо обращать внимание на те особенности, которые были свойственны пациенту до возникновения этого расстройства. Полезно знать, что обычное ПТСР, названное расстройством первого типа, может развиваться на основе не диагностированного ранее ПТСР второго типа (детско-подросткового ПТСР). Вопрос об отношении к этому феномену дискутируется. Необходимо определить, следует ли рассматривать ПТСР первого типа как продолжение истории или как двойной диагноз. Требует уточнения, является ли ПТСР первого типа состоянием, приближающимся к личностному расстройству, или это продолжение ПТСР второго типа плюс новая травма. В связи с этим возникает вопрос правильности диагностики состояния после травмы, потому что оно отражает не только эту травму, но и предшествующую ей ситуацию, а может быть речь идет о двух разных состояниях. Таким образом, анализ пациентов с «обычным» ПТСР требует внимания к особенностям, свойственным человеку до этого расстройства. Они могут быть замаскированы тем, что детская травматизация скрывалась. Внимание обращалось на другие моменты, например, на то, что пациентка/пациент вели себя антисоциально, злоупотребляли алкоголем, наркотиками и т. д. При этом не учитывалось, что антисоциальность возникла уже на фоне ПТСР второго типа, а новая травма привела к дальнейшему прогрессированию патологии, или к каким-то качественным изменениям. Согласно существующей ранее точке зрения, ПТСР чаще развивается у людей с «плохим детством». Современная трактовка проблемы обеспечивает новое ее понимание.

Работающие с ПТСР второго типа психотерапевты обращают внимание на специфику нарушения и имеющие место трудности, которые заключаются в проявлении пациентами максимализма в отношениях с терапевтом. С одной стороны, они ему не доверяют, с другой, – хотят довериться и найти в психотерапевте «спасителя». Психотерапевт обычно их разочаровывает, т. к. не может выступать в этой роли, что оказывается несовместимым с максимализмом пациентов.

В отношениях с психотерапевтом имеет место чувство присутствия кого-то третьего. В возникающем в воображении треугольнике третьим невидимым человеком является агрессор, который совершил насилие. Этот третий требует неразглашения тайны, а его приказ в процессе психотерапии нарушается. На наличие такого треугольника указывает И. Листер (E. Lister) [33]: «Ужас в том, что пациент и терапевт собираются как будто в присутствии еще одного лица. Третьим образом является агрессор, который… требовал молчания, и запрет которого в настоящее время нарушается».

Во время психотерапии у пациентов обнаруживаются чувства покинутости и беспомощности, на фоне которых появляется идеализированное ожидание в отношении того, что терапевт «все может сделать и защитить». В то же время, они испытывают разочарование, поскольку терапевт не в состоянии предоставить ожидаемую от него помощь. Поэтому в работе с пациентами необходимо оговорить, что терапевт не может быть совершенным, соответствующим нереальным, идеализированным представлениям пациента. Следует быть готовым к возможным со стороны пациента реакциям неудовольствия, ярости, отчаяния, дерзости.

Хронические последствия психологических травм исследовались задолго до того, как в современных классификациях появился термин «посттравматическое стрессовое расстройство». Эти исследования начались в 1950 годы и проводились на бывших узниках концентрационных лагерей. Последствия, связанные с пережитыми ими событиями, такими, как экзекуции, пытки, насильственный труд и голодание, описывались учеными разных стран. Так, например, Беншейм (Bensheim) описывает в качестве хронических последствий этих переживаний страх и паранойю. П. Матуссек (P. Matussek) [34] констатирует имеющее место у бывших узников тотальное недоверие к окружающим. Ю. Венцлафф (U. Venzlaff) [48] подчер-

кивает длительность нарушений, связанную с хроническими личностными изменениями. Г. Клайн (G. Klein) [30], Р. Артур (R. Arthur) [4] описывают у таких лиц депрессию и тревогу, сочетающиеся с разнообразными соматическими симптомами.

Обращается внимание на развитие особого поведения, названного П. Ходофф (P. Chodoff) [8, 9] пассивным, фаталистическим личностным стилем. Последний включает в себя постоянно присутствующее чувство безнадежности с потерей интереса к тем активностям, которые раньше доставляли чувство радости. В. Нидерланд (W. Niederland) [38] обнаруживает наличие у этих лиц недоверия и враждебности.

Л. Айтингер (L. Eitinger) [11, 12] выявил, что количество случаев шизофрении у беженцев оказалось в 5 раз выше, чем у местного населения. В связи с этим у автора возникло предположение о возможном влиянии хронических последствий тяжелых психических травм на возникновение эндогенных заболеваний. Л. Айтингер [11] обращает внимание на частоту возникающих у пациентов параноидных реакций с идеями преследования.

Дж. Крупински (J. Krupinsky) с соавт. [32], проводивший исследование в Австралии, обнаружил, что у еврейских беженцев с выраженной доэмиграционной травмой выявлялось более низкое количество заболевших шизофренией, по сравнению с другими беженцами из Польши, России и Украины. Тем не менее у еврейских беженцев имело место большее количество случаев заболевания, диагностированного как синдром концентрационного лагеря. Этот синдром проявлялся инсомнией, хронической усталостью, раздражительностью, беспокойством, тревогой и депрессией.

К. Хоппе (K. Hoppe) [20], Л. Айтингер (L. Eitinger) [12] пришли к выводу о необходимости учета в симптомах этого синдрома не только психологических, но и соматических признаков. В этом контексте В. Франкл (V. Frankl) [16] анализировал значение смысла жизни для человека, вообще, и узников концентрационных лагерей, в частности. Он считал, что главным фактором коррекции нарушения является не избавление от какого-то симптома этого нарушения, а подход, позволяющий человеку осмыслить то, что его жизнь имеет смысл как для него, так и для окружающих. Эти работы, связанные с вопросами экзистенциального и морального плана, оказали существенное влияние на реабилитационные программы, проводящиеся с ветеранами вьетнамской войны [44].

В результате исследований [35] была обнаружена положительная корреляция между психической травмой и развитием различных психических патологий у афганских беженцев в США.

Эпидемиологические исследования вьетнамских беженцев в США выявили высокие уровни стрессированности и нуждаемости в психиатрической помощи. Преобладающим нарушением, являющимся серьезной клинической проблемой, была депрессия, повреждающая психосоциальное функционирование и социопсихологическую приспособляемость [49].

ПТСР описано у беженцев из Юго-Восточной Азии, переживших камбоджийские концентрационные лагеря [28]. Р. Моллика и соавт. (R. Mollica) [36]) сообщали, что у 50 % беженцев из Юго-Восточной Азии в США обнаружено ПТСР.

Дж. Вестермайер [49] дифференцированно подходит к вопросу о длительности ПТСР у беженцев, выделяет отдельные признаки ПТСР и их длительность. Автор устанавливал, что некоторые симптомы, как, например, депрессия и соматические признаки, имеют тенденцию к улучшению, по мере аккультуризации в другой стране, тогда как тревожность, враждебность, паранойя не претерпевают связанных со временем существенных изменений.

Проведенное В. Сэк и соавт. (W. Sack) [42] исследование в США двух поколений камбоджийских беженцев, не являющихся пациентами психиатрических учреждений, выявило, что признаки, характерные для ПТСР, сохраняются очень долго, хотя депрессия носит менее хронический характер и развивается эпизодически под воздействием социальных ситуаций. По мнению авторов, специалистам стран, предоставляющих убежище беженцам, следует учиты-

вать воздействие на этих людей конкретных факторов, в связи с тем, что некоторые из них способствуют снижению степени выраженности травматических переживаний, а другие – могут обострять и оживлять эти переживания. К последним, например, относятся: наблюдение непосредственно или по телевидению несчастных случаев; упоминание о преступности; даты, связанные с военными действиями и напоминающие о пережитом.

Большое значение в коррекции этих состояний имеет поддержка семьи и специально созданных социальных групп. Негативное влияние на терапию оказывают потеря связи с родственниками, отсутствие прежней семьи и языковые затруднения.

Течение ПТСР во многом зависит от окружающей обстановки и степени социальной поддержки, доступность которой положительно влияет на развитие, уменьшение его тяжести и дальнейший прогноз.

Более тяжелые проявления ПТСР наблюдаются у одиноких и раз веденных людей, потерявших супруга/супругу, испытывающих экономические трудности. Эти лица в неблагоприятных условиях часто употребляют вещества, изменяющие психическое состояние, особенно алкоголь.

Травматические переживания, находящиеся в бессознательном, оказывают влияние на нейрогормональные процессы. При длительном посттравматическом стрессе гормональная система, по-видимому, не в состоянии поддерживать на необходимом уровне количество эндорфинов, что создает благоприятный фон для развития алкогольной и/или наркотической зависимостей.

Реализация аддиктивной потребности на психологическом уровне связана со стремлением к снятию эмоционального напряжения.

Использование аддиктивных агентов усложняет картину ПТСР, поскольку сочетается обычно со злокачественным развитием аддиктивного процесса.

Важным моментом в психотерапии лиц с ПТСР является помощь специалиста в попытках пациентов найти подобных себе людей. Для понимания того, что происходит с пациентом, важно разобраться в истории его жизни, скрытых содержаниях пресознания, о которых пациент не хочет рассказывать. Необходима психоаналитическая интерпретация того, о чем человек часто думает, что он переживает, чего боится, каковы его скрытые страхи, желания и конфликты.

В последнее время авторы обращают особое внимание на значение социальной поддержки на течение ПТСР [13, 46]. Если локальное сообщество состоит из спаянных коллективных структур, то, по данным П. Илсорс [13], ПТСР протекает по другому типу, не фиксированному в DSM-IV. Лица, пережившие травму в охваченных войной районах, могут не нуждаться в специальной кризисной интервенции и психосоциальной профессиональной помощи. Достаточно лишь усиления межличностных контактов внутри сообществ. Подобную ситуацию автор обнаружил в перуанских деревнях.

В то же время, в Колумбии, например, все выглядело иначе. Жители деревень были более индивидуалистичны. После перенесенной травмы они сохраняли травматические воспоминания, были поглощены чувством тревоги, вины, стыда. Психосоциальная коррекция этого контингента проводилась главным образом посредством индивидуальных психологических вмешательств.

Психоаналитическое лечение ПТСР фокусируется на концепции репрессированной «травматической памяти». Тем не менее, Д. Саммерфилд [46] считает сомнительной необходимость воспоминаний всех элементов насилия. Для подтверждения своей точки зрения он приводит высказывание одного из пациентов: «Нам не нужна психологическая помощь, основанная на воспоминаниях переживаний войны: нам постоянно напоминают о ней потерянные руки и ноги». Многие пострадавшие считают, что молчание является «лучшим прагматическим решением». В Эфиопии такой подход называют «активным забыванием» [46].

В исследованиях ПТСР, проведенных Дж. Пенебэйкер (J. Pennebaker) [39], используется термин «коллективный путь». По мнению автора, индивидуальные переживания конвергируются, становясь общей причиной – коллективной памятью пережитого. Коллективная память включает не только материал, который человек может вербально воспроизвести, она содержит в себе и то, что «депозитировано в его поведении, его стандартах и социальных отношениях». Автор считает, что произведения искусства, и особенно такие нарративные формы, как фильмы и новеллы, могут играть значительную роль в «сохранении, реконструкции и ассимиляции коллективных травматических событий».

Коллективная травматическая память – это, по мнению Дж. Пенебэйкера [39], больше чем волевой акт. Она может принимать форму бессознательного желания забыть травматическое переживание и выражается как отрицание ПТСР.

Психотерапевт может ошибочно недооценить или пренебречь значением коллективной травмы, что имеет особенно отрицательные последствия при наличии неблагоприятной ситуации и индифферентности общества. В качестве модели последних особенностей приводятся ситуации, типичные для Колумбии. «Этническое единство» в ней является национальной политической целью. Жители идентифицируют себя с внешними, находящимися вне досягаемости, лидерами. Местные лидеры признаются только тогда, когда они являются «частью внешних политизаций». Общая ориентация носит скорее глобальный, чем локальный характер. «Нарративы часто помещают людей во внешний общий национальный контекст». Переживания конкретных людей игнорируются. Насилие описывается как следствие национальных политических рассогласований [39].

Коррекция ПТСР может быть более эффективной, если учитывается система культуральных ценностей пациентов, особенности семейных отношений, религиозные верования. Особенно важно умение справляться с потерей и скорбью в русле социальных контактов и, наряду с целенаправленной помощью, найти новую точку «кристаллизации», снова обрести смысл жизни. Проведение такой коррекционной работы в группах помогает пациентам на фоне взаимной поддержки реинтегрироваться в обществе [44].

Идея о значении коллективного фактора, еще задолго до описания ПТСР, была высказана известной американской писательницей Вирджинией Вольф: «Публичный и частный миры неотделимо связаны – тирании и рабства одного являются тираниями и рабствами другого».

Представляется возможным выделить основные кластеры факторов, влияющих на формирования и развитие ПТСР:

а) факторы, непосредственно относящиеся к экстремальному воздействию;

б) психологические характеристики личности;

в) психосоциальные влияния ближайшего окружения;

г) наличие психической травматизации в детском периоде;

д) хроническая психическая травматизация;

е) факторы, связанные с отношением государства и общества.

М. Хоровиц (M. Horowitz) [22, 23] считает, что чрезвычайная болезненность травматического переживания делает невозможным его немедленное осознание, в силу чего оно устраняется от сознания и хранится в «активной форме памяти».

Переработка и ассимиляция травмы теоретически может осуществляться с помощью механизмов вторжения в сознание имиджей, эмоциональных фрагментов, что в ряде случаев приводит к совершению компульсивных действий. Вторжение сочетается с отвержением, во время которого происходит постепенная ассимиляция травматического события.

Колебания между отвержением-оцепенением и вторжением продолжаются до того момента, пока информация не будет полностью переработана.

Избегание рассматривается как психологический барьер на пути разрушительного проникновения трагедии во внутренний мир человека, его ценностно-смысловую концептуаль-

ную систему. Этот механизм позволяет субъекту переструктурировать трагическую ситуацию малыми дозами, постепенно интегрируемыми смысловой сферой личности. В дальнейшем трансформации подвергается сознание человека, его отношение к миру, появляется новая оценка жизни и собственных возможностей, увеличивается пространство личностного будущего.

М. Хоровиц выделяет основные психологические защиты – избегание и отрицание, которые могут негативно повлиять на естественный процесс переработки информации. Рассматриваются субъективные трудности, обусловленные сверхконтролем, с тенденцией к вытеснению, отвержению и формированию поведенческих стратегий по типу избегания. Большинство примитивных психологических защит действуют в рамках этого типа реагирования. Избегание, как защитное поведение в структуре ПТСР, может осуществляться на нескольких уровнях:

1) избегание аффектов или чувств, которое включает механизмы, свойственные стереотипии (стереотипные автоматизированные формы реагирования). Эффективность деятельности в условиях военных действий во многом зависит от умения сохранять хладнокровие и подавлять возникающие чувства и эмоции;

2) избегание воспоминаний о травматическом событии;

3) поведенческое избегание;

4) избегание обсуждения произошедшего.

Одной из психологических защит, поддерживающих стратегию избегания, является отрицание, которое тесно связано с некоторыми феноменами ПТСР. В современной литературе существует термин «позиция отрицания» комбатанта. Болезненный опыт, полученный в результате воздействия на личность факторов экстремальной обстановки, не умещается в привычный социальный стереотип восприятия, что приводит к его игнорированию и подавлению всех связанных с психогенией эмоций. Защита отрицания вырабатывается в ряде случаев как ответ на негативное восприятие окружающими травматического опыта участников военных конфликтов. Эта позиция существенно осложняет терапевтическую работу.

Страдающий ПТСР использует механизм к омпартментализации – отделения от ego болезненных переживаний путем помещения их в отдельное «закрытое помещение». Этот процесс лежит в основе феномена «инкапсуляции тяжелой психической травмы». Процесс требует большого количества энергетических затрат, связанных с необходимостью постоянной сверхбдительности. Появляется бессонница, переутомление, раздражительность, нарушения внимания и памяти.

С увеличением периода наркотизации аддикция приобретает злокачественное течение, что позволяет рассматривать таких лиц в качестве пациентов с двойным диагнозом – ПТСР и злоупотребление веществами, изменяющими психическое состояние [2].

В качестве наиболее простого способа снятия эмоционального напряжения может выступать включение ego-защиты смещения (displacement). Немотивированная агрессия, высокий уровень конфликтности в общении, большое число актов насилия, общая враждебность позволяют разрядить накопившуюся энергию на объектах, замещающих недостижимый и неустранимый стрессор.

Причиной формирования деструктивных стратегий поведения является также включение психологических защит компенсаторного типа, в частности, идентификации с агрессором. Еще З. Фрейд [17] в первых исследованиях, посвященных механизмам ego-защит, указывал, что часто для преодоления страха или тревоги человек сознательно или непроизвольно начинает «идентифицировать себя с агрессором». Такая позиция предполагает отождествление личности с действительно существующим или потенциальным врагом, что делает человека менее уязвимым при реальном столкновении с ним. Б. Бэттельгейм (B. Bettelheim) [5], описывая свое пребывание в нацистском концлагере, отмечает, что многие заключенные, находившиеся в лагере более трех лет, подражали эсэсовцам как в поведении, так и в одежде. Более

того, инстинкт самосохранения был так силен, что многие из них принимали ценности и образ мышления нацистов как свои собственные. М. Ш. Магомед-Эминов [3] также указывает на опасность идентификации с врагом, что становится еще более вероятным, если в вооруженном конфликте принимают участие граждане одного государства. Именно такая ситуация складывается в отношении военных действий на территории Чеченской республики. Положение усугубляет тот факт, что используется в качестве ведущего мотив мести за погибших друзей. Автор приходит к выводу, что с возвращением в мирную жизнь комбатант может в каких-то ситуациях проецировать на других первоначально возникшую во время военных действий агрессию. Таким образом, выявление и анализ защит группы компенсации и, в частности, механизмов идентификации, необходимы для более полного понимания природы ПТСР. Кроме того, подобный анализ может помочь спрогнозировать возможные, прежде всего, социально опасные, отклонения в поведении лиц, принимавших участие в активных боевых действиях (имеется в виду применение патологических вариантов компенсаторных механизмов).

Проекция и идентификация описываются как высший тип психологических защит, к числу которых относят также такие когнитивные ego-защиты, как интеллектуализация, рационализация, фантазирование, переоценивание. Проекция представляет особый интерес в связи с формированием социальной диспозиции «свой – чужой», где «свой» – это тот, кто похож на проецирующую личность, а «чужой» не обладает этими качествами. Этот психологический феномен хорошо прослеживается в условиях военных локальных конфликтов и обеспечивает редукционную адаптированность к внешним условиям. Развитие и усвоение «программного реагирования» делают вероятным перенос «черно-белого» восприятия на условия мирной жизни. В результате функционирования проекции формируется поведение, основанное на обвинениях других и самоутверждении, что, по нашему мнению, может лежать в основе появления у комбатантов проблемы внешнего локуса контроля. Такая позиция позволяет человеку снять с себя ответственность за собственное поведение и выбрать активную обвиняющую стратегию в отношении внешних факторов, людей, обстоятельств, организаций и т. д. Большинство психотерапевтических подходов при ПТСР так или иначе затрагивает проблему обучения личностной ответственности за собственные действия, особенности реагирования, чувства и эмоции.

Анализируя когнитивные защиты, Л. А. Китаев-Смык [1] описывает две основных мыслительных стратегии в процессе переживания экстремального опыта:

1) композиционную концептуализацию экстремальной ситуации и

2) декомпозиционную концептуализацию экстремальной ситуации.

Композиционная концептуализация подразумевает интегративное осмысление всей информации о стрессогенном событии, которой располагает субъект. В результате в сознании выстраивается сравнительно упрощенное схематизированное представление о травме с выделением главных, по мнению комбатанта, аспектов и с отсеиванием субъективно малозначимых.

Декомпозиционная концептуализация экстремальной ситуации предполагает дезинтегративное осмысление информации, при котором расширяется сфера осмысляемых когнитивных стимулов, поступающих в данный момент, извлекаемых из памяти или креативно воссоздаваемых.

Оба вида стрессовой активизации мышления имеют адаптационно-защитное значение и направлены на совладание с болезненными переживаниями. Оптимальным является гармоничное сочетание или чередование первого и второго типа стратегий.

При ПТСР возможна гиперактивизация мышления, которая сопровождается обычно появлением бессонницы, боязливости, гиперподвижности и др. Гиперактивизация мышления представляет собой один из возможных способов «ухода» от решения проблемы реальной проработки травматических переживаний. Примером, иллюстрирующим данный процесс, может

служить выполнение личностью замещающих задач, не имеющих отношения к психогении и позволяющих избегать воспоминаний о травме.

Кроме того, возможно развитие противоположенной тенденции, которая предполагает резкое снижение когнитивной активности, что в экстремальных ситуациях может сопровождаться развитием состояний «отключения», обмороками с последующей фрагментальной амнезией.

В число психологических защит когнитивной группы включены рационализация, интеллектуализация, изоляция и сублимация. Роль этих защит в процессе формирования ПТСР недостаточно изучена. Мы предполагаем, что основной функцией рационализации и интеллектуализации является снижение интенсивности негативных чувств посредством уменьшения субъективной значимости произошедших событий. В силу болезненности травматического опыта формируется устойчивая тенденция снижения субъективной значимости любых контактов с реальными людьми и состояниями. В результате этого процесса возникает позиция направленности на себя, что лежит в основе появления отчуждённости и избегания эмоционально насыщенных отношений.

Нами наблюдались лица с комбатантным ПТСР, у которых психологическая защита выражалась в развитии фанатизированного поведения со свойственными последнему структурой и динамикой. Формировалась потребность в постоянном самоутверждении и подчеркивании собственной значимости и бескомпромиссности в оценках, убеждениях и действиях. Пациенты проявляли непримиримость к любому несогласию с их взглядами по разным вопросам, включая отношение к людям, событиям, морально-этическим установкам и др. Присутствовала враждебность и агрессивность ко всем, кто придерживался других взглядов и подходов. В психическом состоянии обнаруживался перфекционизм, сочетающийся со стремлением идентифицировать себя с редукционистской упрощенной моделью «сильного мужественного человека», посвящающего себя борьбе с другими системами ценностей. Фанатизированные идеология и поведение использовались как оправдание безучастия в жизненно важных вопросах семейной жизни, грубости и отсутствия сопереживания близким.

Список литературы

1. *Китаев-Смык Л. А.* Психология стресса. М., 1983. – 367 с.

2. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический Проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. – 460 с.

3. *Магомед-Эминов М. Ш.* Личность и экстремальная жизненная ситуация // Вестник Московского Университета, 1996 – № 4. – С. 47–61.

4. *Arthur, R.* Psychiatric Syndromes in Prisoner of War and Concentration Camp Survivors. In C. Freeman, R. Faguet (Eds.). Extraordinary Disorders of Behavior. New York, Plenum Press, 1982, 99–174 p.

5. *Bettelheim, B. In J. Campbell, Peterson P.* Hostage Terror and Triumph. Westport. CT. Greenwood Press, 1992.

6. *Blume, E.* Secret Survivors. New York, Ballantine Books, 1990.

7. *Bromberg, P.* Speak! That I May See You. – Some Reflection on Dissociation, Reality and Psychoanalytic Listening. Psychoanalytic Dialogue, 1994, 4: 517–548 p.

8. *Chodoff, P.* Late Effects of the Concentration Camp Syndrome. Archives of General Psychiatry, 1963. 8; 323–333 p.

9. *Chodoff, P.* Psychotherapy of the Survivor. In J.Dimsdale (Ed.) Survivors, Victims and Perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust. Washington, Hemisphere, 1980, 205–218 p.

10. *Davies, J.* Linking the «Pre-Analytical» with the Postclassical. Contemporary Psychoanalysis, 1996, 32: 553–576 p.

11. *Eitinger, L.* Concentration Camp Survivors in the Postwar. American Journal of Orthopsychiatry, 1962, 32; 367–375 p.

12. *Eitinger, L.* The Concentration Camp Syndrom and Organic Brain Syndrom. Integrative Psychiatry, 1985, 3; 115–119 p.

13. *Elsors, P.* PTSD In Two Latin American Localities,v. 38, 3. September, 2001.

14. *Finkelhor, D.* et al. Sexual Abuse in a National Survey of Adult Men and Women. Prevalence, Characteristics and Risk F actors. Child Abuse and Neglect. The International Journal, 1990, 14 (1), 19–28 p.

15. *Fleming, J.* et al. The Long-Term Impact of Childhood Sexual Abuse in Australian Women. Child Abuse and Neglect. The International Journal, 1999, 23; 145–159 p.

16. *Frankl, V.* Man`s Search for Meaning. Frankl, V. Publisher. Mifflin, 1969.

17. *Freud, S.* Beyond the Pleasure Principle. Standard Edition 18. London, Hogarth Press, 1955, 7–64 p.

18. *Jung, C.* Man and His Symbols. New Haven: Yale Universities Press, 1964.

19. *Jung, C.* Dreams. London: Routledge and Kegan Paul, 1974, 9–11 p.

20. *Hoppe, K.* Re-Somatization of Affects in Survivors of Persecution. International Journal of Psycho-Analysis, 1968, 49; 205–218 p.

21. *Hoppe, K.* The Aftermath of Nazi Persecution Reflected in Recent Psychiatric Literature International Psychiatry Clinics, 1971, 8; 169–204 p.

22. *Horowitz, M.* Stress Response Syndrom. PTSD, Grief and Adjustment. New York, Aronson, 1997.

23. *Horowitz, M.* Stress Response Syndrom: Personality Styles and Interventions. New York, Aronson, 2001.

24. *Kaplan, H., Sadock, B.* Synopsis of Psychiatry and Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry 6th Edition, Baltimore, M.A.: Williams and Wilkins, 1991.

25. *Kardiner, A., Spiegel, M.* War Stress and Neurotic Illness. New York, Hoeber, 1947.

26. *Kardiner, A.* Traumatic Neurosis of War. In S.Arieti (Ed.) American Handbook of Psychiatry. New York, Basic Books, 1959, V.1, 245–257 p.

27. *Kinzie, J., Sack, W., Angell, R., Clarke, G.* Three-Year Follow-Up of Cambodian Young People Traumatized as Children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1989, 28 (4); 501–504 p.

28. *Kinzie, J., Boehnlein, J.* Et al. The Prevalence of PTSD and its Clinical Significance Among Southeast Asian Refugees. American Journal of Psychiatry, 1990, 147; 913–917 p.

29. *Kirmayer, L.* Landscapes of Memory: Trauma, Memory, and Dissociation. In P. Antze, M. Lambek (Eds.) Tense Past: Cultural Essays in Trauma and Memory. New York, Routledge, 1996, 138–168 p.

30. *Klein, G.* Psychoanalytic Theory. Dreaming and Memory. New York: Basic Books, 1976.

31. *Klein, M. E.* Transmission of Trauma: The Defensive Styles of Children Holocaust Survivors. Doctoral Diss. California School of Professional Psychology. University, 1987.

32. *Krupinsky, J.* Et. al. Young Indochinese Refugees in Australia In J. Krupinsky (Ed.) The Price of Freedom Sydney. Pergamon, 1986.

33. *Lister, E.* Forced Silence: A Neglected Dimension of Trauma, American Journal of Psychiatry, 1982, 139; 872–876 p.

34. *Matussek, P.* Konzentrazionslagerschaft und Ihre Folgen. Berlin, Springer, 1971.

35. *Mghir, R., Freed, W., Ruskin, A., Katon, W.* Depression and PTSD Among a Community Sample of Adolescents and Youтg Adults Afghan Refugees Journal of Nervous and Mental Disease, 1995, 183(1), 24–30 p.

36. *Mollica, R., Wyshank, G., Lavelle, J.* The Psychosocial Impact of War Trauma and Torture on Southeast Asian Refugees. American Journal of Psychiatry, 1987, 144; 1567–1572 p.

37. *Mollica, R., Poole, S., Son, L., Murray, C., Tor, S.,* Effects of War Trauma on Cambodian Refugee Adolescents' Functional Health and Mental Health Status. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, 36 (8); 1097–1106 p.

38. *Niederland, W.* Psychiatric Disorders Among Persecution Victims: A Contribution to the Understanding of Concentration Camp Pathology and its After-Effects, Journal of Nervous and Mental Disease, 1964, 139; 458–474 p.

39. *Pennebaker, J.* The Effects of Traumatic Disclosure on Physical and Mental Health: The Values of Writing and Talking about Upsetting Events. In J.Violanti, D. Paton et al. (Eds.). Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives. Springfield, Ill. Charles Thomas Publ, 2000.

40. *Rechtman, R.* From Cultural Narratives to Clinical Assessment. Transcultural Psychiatry, September, 2000, 37, 3; 403–415 p.

41. *Reich, J.* Clinical Correlates of Stress-Induced Personality Disorder. Personality Annals, 2002, 32 (10). 581–588 p.

42. *Sack, W., Clarke, G., Seely, J.* PTSD Across Two Generations of Cambodian Refugees. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1995, 34 (9); 1160–1166 p.

43. *Solomon, Z.* Coping With War-Induced Stress: The Gulf-War and the Israeli Response. New York, Plenum, 1995.

44. *Sparr, L. Boehnlein, J.* PTSD in Tort Actions: Forensic Minefield. Bull. Amer. Acad. Psychiatry and Law, 1990, 18 (3); 283–302 p.

45. *Stern, D.* Dissociation and Constructivism: Contemporary on Papers by Davies and Harris. Psychoanalytic Dialogue, 1996; 6: 252–266 p.

46. *Summerfield, D.* A Critique of Seven Assumptions Behind Psychological Trauma Programmes in War-Affected Areas. Social Science and Medicine, 1999, 48, 1449–1462 p.

47. *Taussig, M.* Reification and the Consciousness of the Patient. Social Science and Medicine, 1980, 148; 3–13 p.

48. *Venzlaff, U.* Die Psychoreaktiven Stoerunden Nach Entschaedigungspflichten Ereignissen. Berlin, Springer, 1958.

49. *Westermeyer, J.* Psychiatric Services for Refugee Children: An Overview. In F.Ahearn, J. Athey (Eds.) Refugee Children: Theory, Research and Services. The John Hopkins Series in Contemporary Medicine and Public Health. Baltimore, MD. John Hopkins University Press, 1991.

50. *Yehuda, R., McFarlane, A.* Conflict Between Current Knowledge About PTSD and Its Original Conceptual Basis. American Journal of Psychiatry, 1990, 152; 1705–1713 p.

51. *Young, A.* The Harmony of Illusions Post Traumatic Stress Disorder. Princeton University Press, 1995.

Депрессивное личностное расстройство

В DSM-IV депрессивное личностное расстройство (ДЛР) включено в приложение «В» – «Критерии и оси для дальнейшего исследования». Основной чертой ДЛР является стойкий паттерн депрессивных когниций и поведения, которые не возникают исключительно во время больших депрессивных эпизодов и «не могут быть лучше представлены в рамках дистимического расстройства».

В DSM-IV ДЛР определяется как личностное расстройство без дальнейшей спецификации.

Критерии для диагностирования ДЛР представлены следующими признаками:

в обычном настроении доминирует уныние, безрадостность, отсутствие чувства удовольствия;

самооценка центрируется на убеждениях в собственной беспомощности, неадекватности;

характерны пессимизм, чувство вины, угрызения совести, озабоченность, негативизм.

Депрессивные когниции (мысли, суждения, умозаключения) и поведение включают устойчивое и пронизывающее все психическое состояние чувство унижения, мрачности, безрадостности. Лица с ДЛР характеризуются чересчур выраженной серьезностью. Они не воспринимают шуток, у них отсутствует чувство юмора. Имеет место постоянная концентрация на мыслях неприятного содержания. Пациенты/пациентки безрадостны в настоящем времени и их мысли о будущем лишены какого-либо оптимизма; они не видят для себя в будущем каких-либо благоприятных перспектив и надежд на улучшение своего психического состояния и социального положения. Самооценка снижена, присутствует хроническое чувство вины за все неудачи, вызванные, в том числе, объективными причинами. Лица с ДЛР проявляют также тенденцию фиксировать свое внимание на отрицательных сторонах жизни, вообще, включая неправильное, нарушающее закон аморальное поведение других людей.

В DSM-IV акцентируется внимание на том, что лица с ДЛР обычно ощущают других так же живо, как и себя. Они не обнаруживают стремления фокусирования на положительных сторонах чьей-либо деятельности, успехах других людей.

Поведение лиц с ДЛР носит в целом неассертивный (нежизнеутверждающий) характер. Социальная активность, самостоятельность в принятии решений практически отсутствуют. Могут быть представлены черты зависимости, что находит выражение в подчинении (субмиссивности) другим во многих аспектах: следование советам, принятие решений в ситуации выбора, пассивное согласие на выполнение нежелательных видов деятельности и др.

Н. Маквильямс [9] находит у депрессивных личностей общие элементы с личностями с маниакальной динамикой (маниакальными, гипоманиакальными и циклотимическими). К ним автор относит организующие темы, страхи, ожидания и бессознательные «объясняющие конструкты». По мнению Н. Маквильямса, преобладающе депрессивные или преобладающе маниакальные лица, как и биполярные, находятся на разных точках одного континуума нарушений настроения. У депрессивных личностей, не находящихся в клинически депрессивном состоянии, обнаруживаются характерные для депрессивной организации психологические защиты.

Х. Лофлин (H. Laughlin) [7] пришел к заключению, что наблюдающиеся во время клинической депрессии изменения аффективной, когнитивной сфер и особенностей восприятия и воображения типичны для депрессивных личностей, у которых они носят хронический организованный, самостимулирующий характер.

В плане психоаналитической концепции считается, что депрессивные лица фиксированы на переживаниях младенческого периода, когда они пережили «преждевременную потерю», [1], которая может выражаться в слишком раннем или внезапном отнятии от груди или быть

связанной с другими фрустрациями, превышающими по своей силе возможности адаптации. У лиц с ДЛР присутствует оральная фиксация, на что указывают такие признаки, как стремление к курению, употреблению алкоголя, перееданию. Психоаналитики полагают, что депрессивные лица имеют тенденцию рассказывать о своих эмоциональных переживаниях, используя аналогии с едой и голодом.

Особенностью пациентов/пациенток с ДЛР является стойкий перенос возникающих по отношению к другим отрицательных чувств на себя, что объективно приводят к формированию фона аутоненависти (ненависти к собственному «Я»). Это находит отражение в практическом отсутствии реакции гнева, которая заменяется чувством вины. Чувство вины у депрессивных личностей ego-синтонно, интегрировано в «Я» и постоянно. Наряду с чувством вины представлены чувства грусти и печали. Последние оказывают сильное воздействие на окружающих, в том числе детей депрессивных лиц и психотерапевтов, работающих с ними. Достаточно эмпатичные (чувствительные) люди способны улавливать оттенки грусти и печали даже на фоне временной приподнятости настроения у депрессивных лиц.

Контакт с пациентками/пациентами с ДЛР не затруднен благодаря их мягкости, уступчивости, готовности к сопереживанию, стремлению к сохранению отношений.

Большое значение для понимания динамических механизмов депрессивной организации психики имеют работы Мелани Кляйн [3, 4, 5, 6]. Ее исследования положили начало развитию теории объектных отношений в психоанализе (Британская школа психоанализа – В. Фэйрбэйрн (W. Fairbairn), Д. Винникотт (D. Winnicott) и др.). Теория объектных отношений, в отличие от классического психоанализа, считает, что люди первично стремятся не к поиску удовольствия, а к поиску объектов [2]. Под объектом понимается человек или его часть (например, кормящая грудь) и/или символическая репрезентация (например, игрушка как переходный объект, замещающий мать). Поиск отношений с другими является основной, хотя и не единственной мотивацией. Теория объектных отношений придает особое значение младенческому периоду развития. М. Кляйн исходит из положения о том, что ego существует в рудиментарной форме уже при рождении, и что наиболее ранние переживания внешнего мира (внутриматочной среды) формируются еще до рождения. Существует обоюдная коммуникация между рудиментарным ego ребенка и матерью, которая ощущает наличие «Я» новорожденного и еще не родившегося ребенка. Согласно М. Кляйн, ego воспринимает информацию и принимает определенные решения с момента рождения. Младенец воспринимает окружающую среду посредством соматических ощущений и бессознательных фантазий. Последние привносят значения во внутренний мир младенца в процессе контакта с внешним миром. Этот процесс носит обоюдный характер: внешние события стимулируют бессознательные фантазии, которые, в свою очередь, придают значения событиям во внешнем мире. Следует обратить внимание на то обстоятельство, что слово «фантазия» относится обычно к акту воображения как сознательному процессу (в английском языке – «fantasy»). В то же время фантазия может быть обусловлена выражением инстинктуальных импульсов как бессознательной психической активности. В английском языке бессознательная фантазия пишется по другому – «phantasy», где буква «f» заменяется на «ph».

Как психическая репрезентация инстинктуальных побуждений «phantasy» выстраивается на основе базисных переживаний приятного и/или неприятного характера еще до рождения [12]. Phantasy постоянно сопровождает инстинкт и возникает при любом инстинктуальном стремлении.

В процессе наиболее раннего развития младенец обучается дифференциации между собой и объектами внешнего мира. У него возникают положительные и отрицательные состояния: удовольствия, удовлетворения, фрустрации, разочарования. Эти переживания являются разными ego-состояниями и определяют отношение (позицию) к наиболее близкому и значимому объекту (обычно матери или человеку, осуществляющему непосредственную заботу).

Позиция младенца зависит от характера заботы, удовлетворения психологических потребностей, безопасности. Неудовлетворенность вызывает тревогу, плохие чувства, психологические защиты. М. Кляйн выделяет в развитии младенца две основные позиции: параноидально-шизоидную и депрессивную. Наиболее ранняя стадия развития представлена параноидально-шизоидной. Она характеризуется отсутствием восприятия матери как целостного объекта. Ребенок видит, например, лицо матери, отражение себя, своих эмоций в зеркале лица матери. Он воспринимает материнскую грудь не как один, а два объекта: «хорошая» грудь, которая прикасается, кормит, появляется, когда ребенок в ней нуждается, и «плохая» грудь, которая отнимается вопреки желанию, исчезает, отсутствует.

Параноидально-шизоидная позиция присуща ребенку до четырех-шестимесячного возраста. В это время ребенок испытывает по отношению к «хорошей» груди положительные эмоции, которые можно определить как первичную любовь. По отношению к «плохой» груди возникают негативные эмоции агрессии и ненависти. Параноидально-шизоидная позиция характеризуется расщеплением – отделением хороших и плохих переживаний, включающих как ego, так и объект (материнская грудь). М. Кляйн обращает внимание на наличие, с одной стороны, преобладания проекционных процессов, тревоги преследования, а с другой – на phantasy с содержанием всемогущества, контроля над миром. Тревога преследования вызывает расщепление как психологическую защиту, что приводит к проективной идентификации. Часто ego интроецируется (вводится) в объект для его захвата, что сопровождается phantasy о локализации ego вначале в материнской груди, а затем в целостной матери. Таким образом, младенец способен психологически обладать и контролировать объект, с которым он себя идентифицирует. Процесс может включать хорошие и плохие проекции.

Проективная идентификация имеет целью получение возможности контролировать тревогу и враждебность. В дальнейшем формирование физической и эмоциональной зрелости позволяет ребенку интегрировать фрагментарное восприятие матери, объединить «хорошую» и «плохую» грудь в целостный объект единой матери. Ребенок в это время переходит от параноидально-шизоидной к депрессивной позиции. Понимание ребенком целостности прежде фрагментарно воспринимаемого объекта сопровождается осознанием того, что его амбивалентные чувства любви и ненависти были направлены на один и тот же объект. Смесь любви и ненависти к объекту (матери) вызывает состояние депрессивной тревоги. Появляются phantasies о повреждении объекта, чувство возможной потери объекта, а также первичная вина, рудименты угрызения, ощущение неправильности себя. Возникает страх наказания за отрицательные чувства. Содержанием наказания является покидание, лишение любви. Влияние депрессивной позиции, согласно М. Кляйн, присутствует в течение всей жизни. В случаях неудовлетворенности психобиологических потребностей в раннем периоде (пренебрежение ребенком, нерегулярность питания, недостаточность прикосновений, ласки, раннее отнятие от груди и др.), а также ранней потери наиболее значимого объекта может происходить фиксация на депрессивной стадии, что предрасполагает к формированию депрессивной личностной организации.

У лиц с ДЛР присутствует постоянная тенденция использовать в качестве организующей психологической защиты интроекцию объекта в свою психическую структуру. Вследствие такой психологической операции пациент/пациентка фактически идентифицируют себя с объектом, инкорнируя в себя последний. «Интроецированное» депрессивное состояние, свойственное ДЛР, соединяется с элементом анаклитической (зависимой) депрессии, описанной впервые Р. Шпитцем (R. Spitz) [11]. Анаклитическая депрессия развивается в детском возрасте, начиная от первого месяца жизни у детей, лишенных материнской опеки. В случаях обретения ребенком материнской заботы в критическом периоде от трех до конца пятого месяца анаклитическая депрессия быстро исчезает.

М. Кляйн [4] подчеркивает, что депрессивные пациенты бессознательно интроецируют и интернализируют (усваивают) наиболее отрицательные качества значимого объекта. Его/ее

положительные свойства могут вспоминаться, но отрицательные воспринимаются как части себя.

Усваивая отрицательные черты значимых, любимых ими объектов, дети, например, обвиняют себя в том, что родители наказывают их, пренебрегают ими и оставляют их. Они представляют себе, что пренебрежение и покидание их родителями случились из-за обиды на них, на их нечуткость, непонимание. Такой механизм позволяет уйти от переживаний психической травмы и преждевременной потери, в связи с идеализацией потерянного объекта и отнесением всех отрицательных моментов к своим «Я»-качествам. Отрицательным следствием вышеуказанного положения является то, что сформированная в раннем детстве депрессивная модель оказывается, как правило, очень стойкой и удерживается в последующих возрастных периодах. Ощущение «я – плохой/плохая» укрепляется, формируется страх того, что собственные отрицательные качества будут распознаны другими, что приведет к отвержению. Положительное значение влияния интернализации «плохого объекта» заключается в сохранении ощущения возможности потенциального изменения происходящего своими силами по механизму – «поскольку все плохое находится во мне, я в состоянии изменить это». Чувство возможности самоулучшения имеет большое значение, во всяком случае, оно предоставляет шанс и позволяет не погрузиться в чувство беспомощности.

Анаклитический компонент обнаруживается у носителей ДЛР в виде идеализации: высокой оценки и даже восхищения другими, поскольку лица с ДЛР находятся в поиске идеализированных объектов для компенсации чувства собственной неполноценности.

Стимулирование формирования депрессивной организации психики может быть связано с блокированием переживания детьми чувства скорби. Если родители руководствуются в воспитании его отрицанием, считая это чувство опасным для ребенка, и создают впечатление, что ничего не произошло, например, в случаях смерти близких людей, в случаях развода, покидания, естественное чувство скорби репрессируется в бессознательное и превращается в убежденность, что что-то не в порядке с самой/самим собой. Дети начинают считать, что скорбь является проявлением эгоизма, что она травмирует родителей. В результате развивается чувство вины при всяком проявлении скорби, возникает чувство ненависти к себе за выражение этой эмоции.

Развитие у детей депрессивной основы и динамики бывает непосредственно связано с депрессией у кого-то из родителей. Этот фактор особенно значим в младенческом возрасте. Если у матери имеет место серьезная депрессия, постоянно существует реальная опасность формирования чувства, а затем и убеждения в том, что она объясняется реакцией матери на поведение ребенка, что его желания и потребности не приемлемы для нее, и поэтому заставляют ее страдать. Подобная динамика происходит на фоне влияния депрессивной позиции и является «гомономной» по отношению к ней, что делает депрессивное развитие прогредиентным и малообратимым. В дальнейшем содержание самообвинений расширяется. Лица с ДЛР, например, обвиняют себя в эгоизме, нечуткости, тщеславии, зависти, жадности и др. Они убеждены, что все плохое, случающееся с ними, заслужено ими. Лица с ДЛР в качестве компенсации своего негативного мнения о себе часто помогают другим, «уходят с головой» в гуманитарную активность. Н. Маквильямс [9] обнаружила эти особенности у психотерапевтов с депрессивной динамикой.

В заключение следует подчеркнуть, что психотерапия пациентов/ пациенток с ДЛР имеет определенную специфику. Их чувства, эмоциональные реакции и переживания способны вызывать у находящегося в эмоциональном контакте с ними психотерапевта интенсивный контрперенос с эмоциями безнадежности и отчаяния. Некоторые из пациентов/пациенток эмпатизируют состояние терапевта, его/ее депрессивные чувства и возлагают на себя вину за их возникновение. У части этих лиц возникает страх покидания, который усиливается, если во время следующей встречи психотерапевт ведет себя сдержанно, дистантно. К. Марода (К.

Maroda) [8] считает, что в таких случаях нужно принимать во внимание, с одной стороны, возможность возникновения риска отчуждения, когда терапевт настолько дистанцируется от клиентов/клиенток, что перестает чувствовать их депрессию; а с другой – факт того, что слишком сильное сближение с интенсивным эмоциональным контрпереносом в дальнейшем также неизбежно приведет к другой форме дистанцирования с отрицательными последствиями для терапии. Объяснение содержания (раскрытие) контрпереноса необходимо для того, чтобы пациент/пациентка убедились в способности психотерапевта справляться с сильными эмоциями без какого-либо вреда для себя, что, таким образом, предупреждает возникновение чувства вины за состояние терапевта.

Если снижение настроения терапевта не связано с контрпереносом, но, тем не менее, воспринимается пациентом/пациенткой, этого не следует скрывать. В ответ, например, на вопрос «вы сегодня не в настроении?», можно ответить: «Да, вы правы, я действительно кое-чем обеспокоен, но к вам это не имеет никакого отношения». Пациенты нуждаются в подтверждении, что работа с ними не вызывает неприятных чувств у специалиста. В другом варианте, если сниженное или раздраженное состояние терапевта все же вызвано состоянием/поведением пациентки/пациента, и терапевта спрашивают об этом, К. Марода [8, с. 146] приводит несколько возможных моделей комментария:

1. Действительно, мои чувства были задеты, когда вы обвинили меня в некомпетентности как специалиста во время предыдущей встречи, но я не думаю, что это имеет отношение к моим чувствам сегодня. Снижение моего настроения вызвано личными проблемами, а не вашим поведением.

2. Все в порядке. Меня не обидели ваши высказывания. Я знаю, что вы были в состоянии напряжения, потому что хотите изменить свой жизненный стереотип, а это дается вам нелегко. Мое сниженное настроение не связано с вами. Не беспокойтесь.

3. Вы правы, я действительно чувствую себя неважно в связи со вчерашней встречей. Но дело не только в этом. Вы уже не первый раз «наезжаете» на меня в последние две недели, обвиняя меня в непрофессионализме. Я до сих пор не понимаю, что происходит, и почему у вас возникают такие чувства. Эти затруднения в нашем контакте приведут, в конце концов, к пониманию причины и помогут мне разобраться в ситуации.

Последний вариант наиболее труден и используется очень редко. Все вышеперечисленные модели способны вызвать реакции как облегчения, удовлетворения, так и гнева и разочарования. В идеале изложенные сценарии должны удовлетворять обе стороны, увеличивать возможности инсайта, устранять препятствия, мешающие эффективной терапии.

Список литературы

1. *Abraham, K.* A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in Light of Mental Disorders. In Selected Papers or Psycho-Analysis. London, Hogarth Press, 1927.

2. *Fairbairn, W.* Psychoanalytic Studies of Personality. London, Routledge, 1952.

3. *Klein, M.* Eine Kinderentwicklung. Imago, 1921. 7, 251–309 p.

4. *Klein, M.* Mourning and Its Relation to Manic-Depressive. States. In Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921–1945. New York, The Free Press, 1975.

5. *Klein, M.* Contributions to Psycho-Analysis. London, Hogarth Press, 1950.

6. *Klein, M.* Our Adult World and Its Roots in Infancy. Human Relations, 1959, 12, p. 291–303.

7. *Laughlin, H.* The Neuroses. New York, Appleton-Century-Croft, 1967.

8. *Maroda, K.* The Power of Counter-Transference. Nortvale. NJ. Aronson, 1991.

9. *McWilliams, N.* The Psychology of the Altruist. Psychoanalytic Psycho logy, 1984. 1, 193–213.

10. *Slater, P.* The Pursuit of Loneliness: American Culture At the Breathing Point. Boston, Beacon, 1970.

11. *Spitz, R.* Анаклитическая депрессия. Psycho-Analytic Study of the Chield, II. New York. International University Press, 1946. 313–342.

12. *Weininger, O.* (The Clinical Psychology of Melanie Klein. Springfield, IL. Charles Thomas.

Формирование личностных расстройств кластера «В» и посттравматического стрессового расстройства

Формирование личностных расстройств кластера «В» начинается в детском возрасте и находится в прямой взаимосвязи с влиянием окружающей среды. В процессе развития личностного расстройства для достижения чувства безопасности, контроля, идентичности эти дети ведут себя таким образом, что объективно достигают обратного желаемому результата. Они вызывают у других людей частые отрицательные эмоциональные реакции, что значительно затрудняет возникновение желания и каких-либо попыток сделать для них что-то приятное, как-то помочь им. Такой характер коммуникации не только не смягчает, но и усиливает их дезадаптацию.

Личностные расстройства кластера «В» обычно объединяют под общим названием – «драматические личностные расстройства» [3].

М. Занарини и Ф. Франкенбург (M. Zanarini, F. Frankenburg) [61] находят у лиц с драматическими личностными расстройствами особенности развития, включающие как факторы биологического риска, так и негативные переживания детства.

В анамнезе (сведениях о событиях жизни) лиц с драматическими личностными расстройствами отмечались физическое и/или сексуальное насилие, большие расстройства настроения, расстройства дефицита внимания/гиперактивности, нарушения обучения. Дж. Парис (J. Paris), Х. Цвейг-Франк (H. Zweig-Frank) [44], И. Гандерсон (I. Gunderson), М. Занарини (M. Zanarini), К. Кисел (C. Kisiel) [19] обнаружили, что дети без прямой связи с тяжестью средовых отрицательных воздействий и биологических нарушений в процессе формирования драматических личностных расстройств проявляют объединяющую их особенность. Они сверхчувствительны и реактивны к психическим состояниям других людей и в то же время выраженно эгоцентричны и полностью пренебрегают их чувствами. По отношению к родителям, учителям, врачам они склонны к внезапному изменению отношения. Коммуникабельность, вежливость, приветливость сменяются яростью, требовательностью, деструктивным, манипулятивным поведением.

Для них характерно несоответствие сосуществования чувства всевластия с беспомощностью. Эти чувства могут иметь преимущественно внешнее или преимущественно внутреннее скрытое выражение. Так, например, антисоциальные и нарциссические лица, как правило, внешне демонстрируют силу, а внутренне скрыто чувствуют бессилие. Пограничные лица, наоборот, внешне выглядят беспомощными и скрывают свою внутреннюю силу [4].

В последнее время в развитии личностных нарушений придается специальное значение нарушению процесса ментализации. Она представляет собой основанную на биологических механизмах способность представлять себе, интерпретировать и реагировать на собственное психическое состояние и поведение, а также психическое состояние и поведение других людей, создавая психическое поле содержаний и их значимостей. Согласно данным П. Фонаги (P. Fonagy et al.) [16], эта способность возникает в интерактивных процессах системы аттачмента (устойчивой аффективной связи). Ментализация позволяет детям понимать себя и других людей, «схватывать» их чувства, мысли, убеждения, желания.

С развитием ментализации связано формирование психических процессов [4], включая способности:

1) к конструкции автобиографической истории;

2) к социальному взаимодействию, эмпатии, гибкой активизации ментальных репрезентаций в ответ на социальный контекст;

3) к саморегулирующим ограничениям, модуляции аффекта и функции выбора направления;

4) к символизированию, игре, фантазированию и использованию юмора.

Нарушение развития, ведущее к тяжелым личностным расстройствам, достигает критического момента, когда ребенок с развитой эмпатией в результате отрицательного опыта коммуникации обучается подавлению ментализации в ответ на внешние и внутренние сигналы, которые в норме стимулируют стремление к общению, установлению глубоких межличностных контактов. Вследствие вышеназванных процессов развивается дезорганизованная модель «прилипания» (паттерн аттачмента) и фракционирование психологического функционирования [13, 35].

Фракционизация приводит к тому, что развитие оказывается фиксированным на каких-то отдельных ситуационно обусловленных или внутренних состояниях без их интеграции. Таким образом, отдельные переживания, на которых имело место фиксирование, становятся введенными в ментализационную структуру, в то время как многие другие организовываются в психике «нементализационным» образом.

Нементализированные (не включенные в ментализацию) содержания переживаний ведут к насильственному дезадаптационному поведению, провоцируя ответные негативные реакции у окружающих и прежде всего лиц, находящихся в непосредственном общении. Нементализированные насильственные стратегии вызывают подавление процесса ментализации у других людей, прежде всего близких, авторитетных лиц.

В результате возникают порочные циклы отношений с развитием дезадаптивных взаимоусиливающихся паттернов деструктивного поведения.

В формировании личностных расстройств кластера «В» большое значение придается нарушению устойчивой аффективной связи (аттачмента) в раннем возрасте. Британский психоаналитик Дж. Боулби (J. Bowlby) [5, 6] подчеркивал центральную роль аттачмента, который развивается между ребенком и человеком, осуществляющим заботу. Дж. Боулби связывал с характером устойчивой аффективной связи возникновение «Я»-концепции и оценки ребенком межличностных отношений. Автор предложил концепцию о кодировании в ментальных репрезентациях (ментализационном поле) ранних взаимодействий с наиболее близкими к ребенку лицами. Закодированные в психике содержания, согласно Дж. Боулби, представлены структурой «внутренних рабочих моделей» себя и других людей. Эти рабочие модели включают ожидания, убеждения, эмоциональные оценки, правила обработки информации, направленность выбора. Внутренние рабочие модели направляют и определяют устойчивую аффективную связь с различными лицами на протяжении жизненного цикла. Внутренние рабочие модели формируют характер настоящих и будущих отношений, определяют содержание аффективных состояний в этих отношениях [15]. Согласно теории объектных отношений, внутренние рабочие модели отражают не имидж какого-то человека (например, матери или отца), а переживание итераций с ними как фигурами, с которыми сформировалась ранняя устойчивая аффективная связь.

М. Мэйн и соавт. [35] разработали специальный инструмент для исследования взрослого «прилипания» (аттачмента): Adult Attach ment Interview (AAI) и на основе проведенных исследований выделили четыре категории аттачмента: 1) безопасно-автономный; 2) растворяющийся; 3) озабоченный; 4) неразрешенный.

1. Безопасно-автономное состояние психики в отношении устойчивой аффективной связи (аттачмента) определяется внутренне постоянным и достаточно правдивым отражением отношений с родителями в настоящем и в детстве, а также хорошо организованными и свободно выражаемыми эмоциями. Индивидуум способен связно обсуждать как положительные, так и отрицательные стороны ранних отношений и связанных с аттачментом переживаний.

2. Растворяющийся, или избегающий, аттачмент характеризуется тенденцией девальвировать значение отношений, связанных с аттачментом, или представлять их идеализирован-

ным образом отвлеченно, без конкретных деталей, оправдываясь плохой памятью на события детства.

3. Озабоченный вариант проявляется в видимой свободе разговора на тему об аттачменте и связанных с ним чувствах, при одновременной инкогерентности, употреблении жаргона, бессмысленных слов и выражений, спутанных амбивалентных оценок настоящих и прошлых отношений.

4. Неразрешенный (в отношении травмы) характер устойчивой аффективной связи (аттачмента) проявляется наличием «пустот», провалов в памяти по поводу травмировавших событий; утверждения о связанных с аттачментом фактах изолированы, неправдоподобны, приводят к спутанности и умолчанию.

Последняя категория относится к дезорганизованно-дезориентированному аттачменту, наблюдаемому у младенцев, травмированных родителями, испытавших чувство потери и дурное отношение [36].

Ранние особенности устойчивой аффективной связи имеют четкую тенденцию «бросать тень» на последующую жизнь, его четвертый вариант имеет непосредственное отношение к основам, формирующим личностные расстройства.

Развитие младенца связано с непосредственной близостью матери, ее прикосновениями, выражением лица, ее тонкими мимическими выразительными движениями, улыбкой, возникающей в ответ на улыбку ребенка. Ребенок видит себя в зеркале матери. Чувства ребенка, его раннее осознание своего психического состояния характеризуются приравниванием внутреннего состояния к внешнему (материнскому). То, что существует в психике ребенка, должно существовать и вне ее. Проекция своего психического состояния и интроекция материнского, их регулярное повторение стимулирует у ребенка развитие чувства контроля над аффектом, чувство того, что его чувства продуцируются не в вакуум, не теряются в пространстве, а получают подкрепление со стороны матери или другого, осуществляющего заботу человека. Однако это происходит в случае, если родители создают аффект-конгруэнтную ситуацию, при которой родители адекватно реагируют на чувства ребенка. Если этого не происходит, и родители не реагируют адекватно на чувства ребенка, в связи, например, с затруднениями в собственном регулировании аффекта, у ребенка нарушается связь между его «Я» и другими.

Его эмоциональные переживания, в случаях длительного существования подобной ситуации, становятся дезорганизованными, ментальные образования подавляются.

П. Фонаги [16] находит, что в случаях, когда родительская забота (в широком смысле) явно недостаточна, родители бесчувственны и недоступны, происходит образование «дефекта в конструкции психического „Я“». По выражению Д. Винникотта [58], младенец, неспособный найти себя в материнской психике, находит вместо этого мать в себе. Младенец вынужден интернализировать репрезентацию психического состояния матери как ядерную часть самого себя. В таком варианте интернализируемая другая остается чужой, не связанной с конституциональным «Я». Это «чужое «Я»» в периоде раннего развития экстернализируется. В дальнейшем по мере формирования ментализации чужое «Я» все более вовлекается в конституциональный «Я», создавая иллюзию их спаянности.

Ребенок в раннем возрасте может испытывать потребность переживать свое «Я» как спаянное, когерентное, а чужую часть «Я»-структуры – как находящуюся вне его психики, проецируя ее на другие «Я»-структуры, обычно родительские. Возникает интенсивная необходимость таких проективных идентификаций (интернализаций чужого «Я») в любых значимых отношениях.

Каждый человек в процессе своего уже наиболее раннего развития встречается с ситуациями, когда периодически его желания не удовлетворяются. Концепция М. Кляйн о формировании шизоидной и депрессивной позиции в младенческом возрасте рассматривает фактически начало появления чужого «Я». Преходящее отсутствие желаемой ребенком заботы

всегда присутствует даже в благоприятных вариантах воспитания без серьезных травматизаций. Психика ребенка в таких случаях способна защитить себя от временно отсутствующей родительской заботы (парентинга) создаваемыми «Я» психологическими защитами. При наличии серьезной психической травмы у ребенка появляется необходимость диссоциировать себя от непереносимой боли, используя чужое «Я» для идентификации с агрессором. «Пустоты» в психическом содержании закаляются имиджем агрессора, и ребенок воспринимает себя как агрессора. Подобный механизм, несмотря на свой первоначально защитный характер, несет в себе деструкцию, нарушает ментализацию и задерживает развитие идентичности.

П. Фонаги [14] считает, что развитие ребенка будет более благоприятным, если у него в связи с улучшением средовой ситуации, возникает возможность свободно интерпретировать поведение агрессора. В то же время, при наличии пренебрежения ребенком, в результате слабости ментализации, угроза насилия против себя и других увеличивается. Слабая ментализация не дает возможности создать необходимую дистанцию между негативными чувствами (унижение, стыд) и объективными реальностями. «Нементализованные» отрицательные чувства переживаются как деструкция «Я». П. Фонаги и соавт. [16] называют это «ego-деструктивным стыдом». Авторы подчеркивают, что защитное использование чужой части «Я» в значительной мере патогенно, оно закладывает начало развития серьезных личностных проблем. Среди последних выделяются три особенно важных изменения:

1) дальнейшая задержка развития ментализации;

2) нарушение психологического «Я», вследствие появления «мучающего другого» внутри «Я»;

3) витальная зависимость от присутствия другого.

У лиц с пограничным личностным расстройством эти черты присутствуют и определяют на рушения функционирования. Индивидуумы с ПЛР оказываются неспособными думать о своих ментальных состояниях и о ментальных состояниях других людей, если формируются интенсивные эмоциональные переживания в контексте отношений с объектом «прилипания» (аттачмента). Бессознательные ожидания (основанные на опыте ранних травматизаций) являются для таких лиц главным, организующим реальность, фактором, они блокируют использование и без того слабой, исключающей игру с реальностью в воображении, ментализации, не давая ей искать какие-либо альтернативные возможности и перспективы.

Наряду с психологическими и микросоциальными (семейными) факторами, в развитии личностных расстройств принимают участие социокультурные влияния. Личностные расстройства, по определению В. Ливели (W. Livesley et al.) [33], являются патологическим изменением нормальных черт, и поскольку личностные черты демонстрируют социокультуральные различия, личностные расстройства также сохраняют эту особенность. Некоторые симптомы личностных расстройств можно даже считать культурально связанными, хотя эта сторона проблемы до настоящего времени изучена недостаточно.

Дж. Парис (Paris J.) [47] считает целесообразным выделять две категории психических расстройств:

1) социально сенситивные;

2) социально несенситивные.

К первой категории автор относит психические расстройства, количество которых изменяется со временем и меняющимися обстоятельствами. Ко второй категории относятся психические расстройства, возникающие со стабильной частотой в различные временные периоды и в различных культурах. Некоторые психические нарушения особенно сенситивны к социальным факторам. К ним относятся злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние, переедание, а также личностные расстройства, входящие в кластер «B» DSM-IV (антисоциальное, пограничное, нарциссическое, гистрионическое).

В то же время расстройства с эндогенным радикалом, например, униполярная депрессия, тревожное расстройство, личностные расстройства класса «А» (параноидное, шизоидное, шизотипическое) оказываются также в той или иной мере социально обусловленными. Последнее свидетельствует о невозможности выделения абсолютно социально несенситивных нарушений, а лишь о различной степени социальной сенситивности.

Социально сенситивные расстройства с чертами импульсивности менее распространены в обществах с традиционной культурой. На это указывают Х. Хву (H. Hwu), И. Ие (E. Yeh), Л. Чэндж (L. Change) [25], проводившие исследования в Тайване, и Т. Сато (T. Sato), М. Такеши (M. Takeichi) [50] – в Японии. Отмечается низкая частота наркомании, алкоголизма и антисоциального личностного расстройства в молодом возрасте. Учитывая четкую тенденцию к росту этих нарушений в современных культурах, можно сделать вывод о значении социокультурных факторов в их возникновении.

Ф. Фюрстенберг (F. Furstenberg) [17] придает большое значение подростковому периоду, который рассматривает в качестве социальной конструкции, влияющей на дальнейшую судьбу. В традиционной культуре подростки живут в семье, редко покидая ее, перенимают профессию от родителей или родственников, заключают браки с индивидуумами из близкого окружения. В современной культуре подростки обычно не идентифицируются с семейными ценностями, от них требуют нахождения своего собственного пути, развития своей уникальной идентичности. Они обучаются необходимым навыкам, в основном, за пределами своих семей. Родители часто не знают о том, чем занимаются их дети. Поиск брачных партнеров носит самостоятельный характер, выбор партнера/партнерши не согласовывается с родителями.

Дж. Парис [47] считает, что усиление обычных личностных черт до уровня личностного нарушения зависит от комбинации таких факторов как:

1) необычно сильные темпераментные характеристики;
2) серьезные психосоциальные неудачи;
3) несоответствие между чертами характера и социальными требованиями.

В отношении отдельных личностных расстройств ситуация выглядит следующим образом.

Антисоциальное личностное расстройство (АЛР)

А. Каспи и соавт. (Caspi A. et al.) [10], как и ряд других авторов, подчеркивают значение патологии темперамента, основываясь на наблюдениях импульсивного поведения, проявляющегося уже в раннем возрасте. Одновременно с этим известен факт, что пациенты с АЛР регистрируются в дисфункциональных семьях. Л. Робинс (L. Robins) [49] фиксирует внимание на неспособности родителей устанавливать правила поведения детей, приучать их к дисциплине.

Сравнительная редкость АЛР в традиционных куль турах и увеличение расстройства во многих быстро развивающихся регионах в последние десятилетия подтверждают значение социальных факторов. Дж. Парис [47] среди последних придает специальное значение разрушению сети социальных связей, ослаблению внутрисемейных коммуникаций, исчезновению поддержки со стороны большой семьи и общества. В противоположность этому в традиционных культурах семейные структуры, спаянность семей, поддержка и лояльность со стороны родственников выступают в качестве факторов защиты от неблагоприятных внешних воздействий.

Пограничное личностное расстройство (ПЛР)

Дж. Парис [45] находит, что импульсивность и аффективная нестабильность как «корневые» черты ПЛР усиливаются при воздействии психосоциальных стрессоров. Черты импуль-

сивности и аффективной изменчивости социально сенситивны, что, в известной мере объединяет ПЛР и АЛР в транскультуральном аспекте. Т. Миллон также обнаруживает увеличение случаев ПЛР в развитых странах, что отражается на росте суицидов и парасуицидов в молодом возрасте [31].

Дж. Парис не усматривает принципиальной разницы между социальными факторами, участвующими в формировании АЛР и таковыми в случаях ПЛР. Автор считает, что эти факторы (потеря социальных связей, разрывы семейных отношений, отсутствие поддержки, трудная доступность социальных ролей) оказывают большее влияние на «темпераментно ранимых» индивидуумов.

Нарциссическое личностное расстройство (НЛР)

Дж. Парис [46] считает, что НЛР основывается на нарциссических «корневых» чертах, которые усиливаются и расширяются под влиянием психосоциальных стрессоров. Существуют указания на возрастание случаев НЛР в современной куль туре [30]. Дж. Парис [47] поддерживает идею о том, что индивидуализм современной культуры стимулирует развитие нарциссизма.

Личностное расстройство избегания (ЛРИ)

ЛРИ формируется при наличии тревожных черт, которые под влиянием психосоциальных воздействий усиливаются, приобретая стойкие дисфункциональные характеристики. Дж. Каган (J. Kagan) [27] ввел термин «поведенческая ингибиция» по отношению к нарушениям темперамента. Ингибиция поведения может быть усилена воспитанием по типу гиперопеки, но только у небольшой части лиц формируется ЛРИ. В традиционных обществах условия для развития ЛРИ более благоприятны. В бывшем СССР подобные условия создавались, например, в Новосибирском Академгородке для талантливых научных сотрудников с синдромом избегания. Под покровительством Сибирского отделения АН они имели возможность не сталкиваться со многими негативными факторами повседневной советской жизни.

В традиционных обществах семья, родственники имеют, по сравнению с современной культурой, большие возможности для компенсации лиц, которым свойственны проблемы избегания. В современном обществе, таким образом, создаются условия для развития ЛРИ, которое диагностируется чаще, в связи с возникающими у пациентов дезаптационными социальными проблемами. При этом следует учитывать, что пациентки/пациенты с ЛРИ стараются оставаться спрятанными и пассивными «внутри себя», избегая по возможности активного взаимодействия с внешним миром.

Дж. Магнавита (J. Magnavita) [37] использует модели треугольных конфигураций для изображения структуры развития личностных нарушений. Идея объединяет несколько концепций: «треугольник инсайта» К. Меннингера (K. Menninger) [40], оперирующий моделями прошлых отношений, текущих отношений и отношений переноса; «треугольник конфликта» Х. Израил (H. Ezriel) [12], с входящим в него интрапсихическим процессом и отношениями между скрытыми чувствами, тревогой и паттернами психологической защиты; концепцией Ю. Бронфенбренера (U. Bronfenbrenner) [7], включающей травматическое событие, когнитивно-аффективный «угол», тревогу и потенциально разрушительные защиты.

Дж. Магнавита [37] использует Социокультуральную – Семейную Треугольную Мезосистему.

Социокультуральный семейный треугольник изображает синергию между тремя углами: индивидуальной личностной системой, семейной системой и культуральной системой. Система названа мезосистемой. Взаимодействие между тремя ее углами оказывает сильное влияние

на развитие личностных расстройств. Мезосистема привлекает внимание к часто присутствующим социокультурным аспектам патологии. Например, для понимания сексуальных отклонений нельзя не принимать во внимание воздействие культуральных факторов (средства массовой информации, изменение роли семьи в современном обществе и др.). Для понимания распространения переедания необходимо учитывать влияние быстрого питания, рекламную политику и др. [24, 51]. К. Хеджис (C. Hedges) [20]) анализирует значение войны и социополитических сил, приводящих к демонизации противника и создающих условия для совершения преступлений.

Дж. Рейх (J. Reich) [48] представляет предварительные данные о возможности новой нозологической единицы в ряду личностных расстройств – «личностного расстройства, вызванного стрессом». Концепция автора строится на анализе личностной регрессии, возникающей у людей, вовлеченных в войну.

Значение серьезной психической травмы в детском возрасте в развитии личностных расстройств смыкается с проблемой раннего посттравматического стрессового расстройства (РПТСР). Исследования в этой области начались сравнительно недавно. Пережившие насилие в детстве лица часто неправильно диагностируются и неправильно лечатся. В лучшем случае их лечение фрагментировано и неполно. Положение ухудшается также в связи с тем, что жертвы ранней психической травматизации испытывают большие затруднения в межличностных отношениях и предрасположены к вовлечению в ситуации, содержащие в себе риск повторных травм со стороны людей, от которых они делают себя зависимыми [23].

Автор обращает внимание на то, что в ряде случаев у взрослых лиц с РПТСР, последнее не распознается, и они диагностируются как страдающие ПЛР. По мнению Дж. Хермана [23], в настоящее время такая диагностика имеет отрицательные последствия, т. к., с одной стороны, не проводится коррекция РПТСР, с другой – ярлык ПЛР носит стигматизационный радикал, придавая оттенок невозможности эффективной терапии. На это же указывает И. Ялом (I. Yalom) [60]: слово программный «вызывает ужас в сердце ищущего комфорта психиатра среднего возраста».

В контексте возникающей проблемы, очевидно, необходимо проведение дополнительных исследований в направлении установления признаков, позволяющих более четкое ограничение ПЛР и РПТСР, с возможностью выделения отдельной формы, связанной с ранними стрессовыми воздействиями личностной деформации. Последняя является базисным трудно обратимым расстройством, на основе которого могут сравнительно легко возникать другие, кратковременные и обратимые психические нарушения (депрессия, тревога, обсессивно-компульсивные расстройства, диссоциации). Специального внимания требуют ситуации, когда на фоне РПТСР индивидуум в более позднем возрасте подвергается тяжелой психической травме, по своей интенсивности достаточной для развития ПТСР. В этих случаях развивающееся нарушение имеет особую неблагоприятную динамику.

В то же время соотношение между симптомами РПТСР и ПЛР представляется возможным рассматривать в другой плоскости – выделения субтипа ПЛР, сформировавшегося на фоне последствий ранней тяжелой психической травмы.

Близкая точка зрения высказывалась Дж. Херманом и соавт. (J. Herman et al.) [21, 22] в более ранних работах (1989) до опубликования монографии «Травма и выздоровление» [23] (Trauma and recovery, 1977). Авторы утверждали, что ПЛР может быть прослежено непосредственно до травмирующих событий в детстве. В качестве обоснования приводились самоотчеты пациентов. Дж. Херман и И. Шатров [21] в еще более раннем исследовании 53 жертв инцеста обнаружили, что трое из четырех пострадавших были способны подтвердить правильность своих воспоминаний дополнительными доказательствами.

Наблюдая особенности РПТСР у подростков и пациенток/пациентов молодого возраста в процессе проведения психоаналитической терапии, мы пришли к заключению о наличии у

них тенденции к возникновению чрезвычайно интенсивных эмоциональных реакций во время переноса. Эти реакции были связаны с вторжением в сознание эпизодов ситуаций травмы, проецировались черты агрессора из прошлого, а в воображении пациенток/пациентов всплывал параллельно образ реального агрессора, который присутствовал во время терапии в качестве угрожающей, запрещающей что-либо рассказывать о ситуациях насилия, фигуры.

В связи с этим следует также принимать во внимание способность жертв раннего насилия вызывать у специалистов сильные реакции контрпереноса. В процессе психоаналитической терапии у аналитика могут возникать переживания, в смягченной форме приближающиеся к чувствам травмированных пациентов. На частично осознаваемом и бессознательном уровнях возможно оживление каких-то личных психогенных травматизаций, возникновение ассоциаций с образами собственных фантазий, скрытых травм и озабоченностей [38].

Сравнительный анализ симптомов РПТСР и ПЛР в «классическом» варианте последнего позволяет выделить некоторые отличия. К ним мы относим следующие признаки:

1) наличие «флэшбэков» («кадров из прошлого») (flashback) в структуре ПТСР, что не характерно для ПЛР, сформировавшегося в дисфункциональной среде, но без наличия в детстве тяжелой психической травмы;

2) наличие в структуре РПТСР вытесненного частично в бессознательное чувства вины, не типичного для ПЛР;

3) чрезвычайно интенсивный эмоциональный перенос, отражающий содержание психической травмы;

4) способность вызывать у психотерапевта необычайно сильный контрперенос, не исчерпывающийся временем аналитического сеанса. Переживания возникшего контрпереноса фиксируются в бессознательном терапевта и периодически прорываются в сознание в бодрствующем состоянии, а также могут становиться тематикой повторяющихся конфликтных сновидений.

Что касается термина «flashback», то последний используется в настоящее время для описания возникающих внезапных в бодрствующем состоянии повторных переживаний травматического события. В сознании возникают врывающиеся образы или ощущения, связанные с травмой, пациента/пациентку охватывает чувство, что травматическое событие снова происходит. Концепция «флэшбека» (flashback) была добавлена к диагностическим критериям ПТСР в DSM-III-R (1980). С точки зрения Б. Ван дер Колька и соавт. (Van der Kolk B. et al.) [57], труднее доказать, что «flashback» буквально является копией травмы, но он постоянно ретравматизирует лиц с ПТСР.

В противоположность Б. Ван дер Кольку [57], Кэти Карут (C. Caruth) [9] подчеркивает «буквальное» соответствие «флэшбека» содержанию травмы. Он, по ее мнению, отражает неспособность индивидуума «переработать» содержание травмы, символизировать переживания, изложить их в определенной форме. «Flashback» рассматривается К. Карут как «перерывы интерпретационной модели». Способность лиц с ПТСР вызывать сильный контрперенос обусловлена тем, что содержание травмы передается не только (и не столько) словами об ужасе, сколько передает ужас сам по себе [41].

Следует подчеркнуть, что ранняя психическая травматизация имеет значение не только для формирования ПТСР, а в дальнейшем и ПЛР, но и для развития диссоциативного расстройства идентичности (ДРИ). В целом, в развитии ДРИ участвует особенно тяжелая хроническая травматизация, часто в виде сексуального насилия. ПЛР может развиваться не только после тяжелой травмы, но, прежде всего, как результат воспитания в деструктивной семье. ДРИ и ПЛР объединяют нарушения в формировании идентичности. Фрагментация «Я» и появление диссоциальных личностных состояний («других») является центральной чертой ДРИ. При этом фрагменты личности обычно включают как отрицательный образ агрессивного, преступного «другого», так и «хороший», как правило, субмиссивный, конформный образ. У паци-

енток/пациентов с ПЛР диссоциации не достигают степени образования фрагментарных «Я»-состояний, а ограничиваются трудностями формирования спаянной идентичности. Внутренний мир переживания при ПЛР расщеплен на максималистские положительные и отрицательные оценки себя и других.

М. Стоут (M. Stout) [55] анализирует физиологические механизмы нарушений, вызванных тяжелой психической травмой. Травма изменяет сам мозг, который неправильно реагирует на текущую реальность каждодневной жизни. Травма оказывает глубокий эффект на секрецию норэпинефрина и других нейрогормонов, реагирующих на стресс, что приводит к нарушению отделов мозга, включенных в систему памяти, в особенности амигдала и гиппокампа.

Амигдала получает сенсорную информацию от органов чувств через таламус, придавая ей эмоциональное значение, а затем передает эту «разработку» гиппокампу. В соответствии со значением обработанной информации, интегрирует ее, в свою очередь, с уже воспринятой ранее информацией о подобных сенсорных событиях. В нормальных условиях система функционирует эффективно, консолидируя воспоминания, в соответствии с их эмоциональным приоритетом. В случаях чрезмерной, связанной со стрессом, гормональной стимуляции при психических травматизациях происходит срыв. Возникает снижение активации гиппокампа, в результате нарушается интеграция травматического события с другими воспоминаниями, части травматической памяти не объединяются в целостную «Я»-систему, а присутствуют в виде изолированных имиджей и ощущений, не интегрированных между собой и другими событиями, ситуациями, временными характеристиками. Кроме того, травматическое переживание временно блокирует функционирование зоны мозга в левом полушарии, которая трансформирует переживание в систему языка (зона Брока), посредством которой человек имеет возможность рассказать другим людям о переживании, получить их эмоциональную поддержку, организовать внутренний диалог и тем самым интегрировать события в целостные образы. Таким образом, события, насыщенные травматическим содержанием, представлены в психике в виде фрагментов. Эти фрагменты памяти не имеют словесного выражения (языковых эквивалентов), они не имеют также определенной локализации во времени и пространстве. В то же время эти содержания энергетически насыщены, способны вызывать реакции страха, тревоги, паники. Ситуации, чем-то даже отдаленно напоминающие травматическое событие, провоцируют активацию таких комплексов, что имеет характер эмоциональной эксплозии в самое неподходящее с рациональной точки зрения время. М. Стоут [55] связывает эти характеристики с отсутствием их интеграции и модификации гиппокампом и церебральной корой.

Отдельную проблему, непосредственно связанную с личностными расстройствами, представляет агрессия и насилие. Личностные расстройства, по сравнению с психическими заболеваниями, в большей степени являются предикторами насилия. Различные формы личностных расстройств содержат в своей структуре элементы повышенного риска совершения насильственных действий. В случаях с АЛР предрасположенность к агрессии и насилию более очевидна, она входит в признаки, свойственные нарушению поведения, и сохраняется в случаях развития АЛР в последующих возрастных периодах. Тем не менее, склонность к агрессиям и насилию не ограничивается АЛР. Дж. Мэлой (J. Meloy) [39] считает, что наличие психотической или пограничной личностной организации объясняет большинство таких актов. Р. Блэкбарн (R. Blackburn) [1] устанавливает, что в совершении «общих актов насилия» пациенты с ПЛР занимают значительное место. О. Кернберг [28] также считает, что лицам с ПЛР и НЛР присуще внезапное возникновение агрессивного поведения.

В соответствии с концепцией О. Кернберга пограничная личностная организация (ПЛО) включает различные характерологические проявления, имеющие общую структурную динамику – существенные структурные дефициты, наблюдающиеся у нарциссических, шизоидных и антисоциальных личностей. Имеет место хроническая диффузная идентичность и использование примитивных защитных механизмов. Саморепрезентации и репрезентации объек-

тов противоречивы и неинтегрированы в спаянную идентичность. В результате пограничные лица находятся в хаотических непредсказуемых, неожиданно меняющихся отношениях с другими. Психологические защиты представлены расщеплением, отрицанием, идеализацией и обесцениваем, проективной идентификацией. Агрессия обусловлена слабым контролем над импульсами, примитивными с агрессивным содержанием фантазиями, преходящей спутанностью фантазий с реальностью.

Р. Блэкбарн [1] описывает «сверхконтролируемый» вариант личностного расстройства, при котором внешнее поведение в течение какого-то относительно длительного времени может скрывать готовность к импульсивной агрессии. Подобный вариант наблюдал Д. Картврайт (Cartwright D.) [8]: «В большинстве случаев, с которыми я работал, «стабильная» внешняя скорлупа была отчетливо представлена, но всегда находилась под угрозой внезапного раскола, если их защитная система нарушалась» [8].

А. Кволлви (A. Qallwey) в рамках проблемы насилия обсуждает два типа пограничной личностной организации:

1) более импульсивный инкогерентный;

2) более контролируемый, не проявляющий внешних признаков эксплозивной агрессивности, тем не менее характеризующийся приступами нарушений неконгруентных с другой частью личности.

Судебные психиатры [26], наблюдая лиц, совершивших тяжелые преступления, приходят к выводу об особой опасности «псевдонормальных» индивидуумов, которые в обычных условиях способны нормально функционировать, в связи с «мощными защитами расщепления». Однако в психике этих пограничных индивидуумов инкапсулирована тяжелая психопатология, которая прорывается и приводит к агрессии, если защиты под воздействием каких-то факторов оказываются разрушенными.

Авторы подчеркивают необходимость возможно более ранней диагностики таких индивидуумов, которые отличаются от большинства лиц с ПЛР, характеризующихся легкой готовностью к возникновению импульсивности и неадекватности.

«Псевдоличности» способны к неожиданным для окружающих чрезвычайно деструктивным действиям.

В настоящее время требует особенного внимания импульсивно-агрессивное поведение у лиц с комбатантным ПТСР, приводящее в ряде случаев к совершению тяжелых правонарушений. Л. Соларш (L. Solursh) [54] в результате исследования 100 военных ветеранов, страдающих ПТСР, обнаружил, что внезапная эксплозивная агрессия встречалась у 97 % из них. Дж. Коллинз (J. Collins) и С. Байли (S. Bailey) [11] на материале 1140 заключенных установил, что среди тех из них, кто страдал ПТСР, эксплозивные формы насилия встречались чаще. Д. Картврайт [8] также придерживался мнения о том, что индивидуумы с ПТСР (как и с депрессией) проявляют тенденцию к совершению эксплозивных актов насилия.

Вопрос о содержании и динамике эмоций, ведущих к агрессии и насилию, является осевым для понимания особенностей этих нарушений при личностных расстройствах и ПТСР. Отрицательные чувства («плохие чувства» по Р. Шаферу (R. Shafer), [53]) включают разочарование и разочарованность, стыд с его экстремальными формами унижения и мортификации, злость, ярость, ненависть, зависть, ревность, депрессию.

Все плохие чувства, в той или иной степени, участвуют в совершениях актов агрессии. Тем не менее, в импульсивных действиях особое значение имеет чувство ярости. Согласно Х. Паренс (H. Parens) [43], ярость является переживанием, возникающим вследствие «эксцессивного неудовольствия». Последнее создает состояние эксплозивной аффективности. Постоянное наличие переживаний этого рода в раннем младенческом возрасте приводит к формированию чувства ненависти по отношению к первичному объекту – матери. Такое развитие имеет

место в случаях эмоциональной депривации, связанной с недостаточным вниманием матери к ребенку, ее холодностью, частым физическим и/или психологическим отсутствием.

Д. Винникотт [59] считает, что формирование «антисоциальной тенденции» (нарушения поведения, деструктивной агрессии) непосредственно обусловлено депривацией. В некоторых случаях имеет место следующая динамика: ребенок в начальном периоде пережил относительно комфортное состояние в коммуникациях с «достаточно хорошей» матерью, чувствуя ego-поддержку, обоюдность и интеграцию. Однако, в дальнейшем все изменилось в худшую сторону, позитивные переживания исчезли. Антисоциальное поведение, с точки зрения Д. Винникотта, представляет собой попытку «возврата» к ситуации, имевшей место до депривации. Ребенок старается избавиться таким образом от разочарованности, тревоги, спутанности. Агрессивность здесь выражает «желание получить то, что он/она однажды имели».

При наличии в детстве прямой психической травматизации, физического, психического и сексуального насилия происходит аккумуляция переживаний, могут возникать диссоциации, вплоть до развития диссоциативного расстройства идентичности, сформироваться ранние ПТСР, развиваться ПЛР (связанное с хроническим тяжелым стрессом). На этом фоне реакции ярости могут быть «защищены» стимулами низкой интенсивности, вызывая агрессию без видимой значительной причины. Интенсивность, длительность и частота неприятных переживаний в прошлом детерминируют интенсивность реакций ярости. О. Кернберг [28] рассматривает ярость как первичное аффективное состояние, и в то же время придерживается концепции о том, что даже примитивные аффекты содержат когнитивные и «Я»-объектные компоненты. Образующаяся из накапливающейся ярости (инкапсулированной в бессознательном) ненависть оказывается ключевым фактором в формировании патологических состояний. Ненависть способна захватывать доминирующее место в психике и быть направленной как против себя, так и против других. По сравнению с яростью, ненависть более стабильная и фундаментально интегрированная эмоция. Ярость трансформируется в ненависть вследствие и посредством травматической привязанности к фрустрирующей матери. Ярость способна существовать в расщепленном и инкапсулированном состоянии. Несмотря на это, ярость оказывает сильное влияние на личность. Ее следует отличать от гнева. Последний является результатом возникновения помехи в осуществляемой деятельности, возникает в отношении к акции, направленной на преодоление барьеров. Ярость отлична от гнева, она представляет реакцию на личное оскорбление. Для ярости необходим определенный уровень самосознания, формирующийся только около двухлетнего возраста. Если гнев более фокусирован на препятствующем объекте, то ярость – на собственном «Я» [32]. Она является ответом на повреждение «Я», и поэтому ярость более интенсивна. Она возникает в ситуациях унижения, угрозы сохранения самооценки и психического комфорта. Р. Шафер [52] расценивает ярость как защитную реакцию на угрозу самоаннигиляции, ее целью становится разрушение тех, кто создает такую угрозу.

Список литературы

1. *Blackburn, R.* The Psychology of Criminal Conduct: Theory, Research and Practice. New York, John Wiley, 1993.

2. *Bland, R., Dyck, R., Newman, S., Orn, H.* Attempted Suicide in Edmonton. In A.Leenars et al. (Eds.). Suicide in Canada. Toronto, University of Toronto Press, 1998, 136–150 p.

3. *Bleiberg, E.* Treating Personality Disorders in Children and Adolescents: A Relational Approach. New York, Guilford Press, 2001.

4. *Bleiberg, E.* Treatment of Dramatic Personality Disorders in Children and Adolescents. In I. Magnavita (Ed.), 2004.

5. *Bowlby, J.* Attachment and Loss. v. 1. Attachment. New York. Basic Books, 1973.

6. *Bowlby, J.* Attachment and Loss. v. 3. Loss, Sadness and Depression. New York, Basic Books, 1980.

7. *Bronfenbrenner, U.* The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA. Harvard University Press, 1979.

8. *Cartwright, D.* Psychoanalysis, Violence and Rage-Type Murder. Hove and New York, Brunner-Routledge, 84, 2002.

9. *Caruth, C.* Unclaimed Experience: Trauma, Narrative, and History. Baltimore, 87, 1996

10. *Caspi, A., Moffitt, T., Newman, D., Silva, P.* Behavioral Observations at Age Three Predict Adult Psychiatric Disorders: Longitudinal Evidence From a Birth Cohort. Archives of General Psychiatry, 1996, 53, 1033–1039 p.

11. *Collins, J., Bailey, S.* Relationship of Mood Disorders to Violence. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1990, 178, 44–51 p.

12. *Ezriel, H.* Notes on Psychoanalytic Group Therapy. Interpretation and Research. Psychiatry, 1952, 15, 119–126 p.

13. *Fisher, K., Kenny, S., Pipp, S.* How Cognitive Processes and Environmental Conditions Organize Discontinuites in the Development of Abstractions In C. Alexander, E. Langer (Eds.). Higher Stages of Human Development: Perspectives on Adult Growth New York. Oxford University Press, 1990. 162–187 p.

14. *Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., Target, M.* Theory and Practice of Resilience. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1994, 35, 231–257 p.

15. *Fonagy, P.* An Attachment Theory Approach to the Treatment of the Difficult Patient. Bulletin of the Menninger Clinic, 1998, 62, 147–168 p.

16. *Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M.* Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. New York. Other Press, 2002.

17. *Furstenberg, F.* The Sociology of Adolescence and Youth in the 1990s: A Critical Commentary Journal of Marriage and the Family, 2000, 62, 896–910 p.

18. *Gallwa, P.* The Psychodynamics of Borderline Personality. In D. Farrington and O.Gunn (Eds.) Aggression and Dangerousness. London. John Willey, 1985.

19. *Gunderson, I., Zanarini, M., Kisiel, C.* Borderline Personality Disorder. A Review of Data on DSM-III-R Descriptions. Journal of Personality Disorders, 1991, 5, 340–352 p.

20. *Hedges, C.* War is a Force Gives Meaning. Cambridge, MA. Persens, 2002.

21. *Herman, J., Schatrow, E.* Recovery and Verification of Memories of Childhood Sexual Trauma. Psychoanalytic Psychology, 1987, 4, 1–14 p.

22. *Herman, J., Perry, J., Van der Kolk, B.* American Journal of Psychiatry, 1989, 146, 490–495 p.

23. *Herman, J.* Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1997.

24. *Herscovici, C.* Eating Disorders in Adolescents. In F.Kaslow (Ed.) Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Psychodynamic /Object Relations v. 1 New York. Wiley, 2002, 133–139 p.

25. *Hwu, H., Yeh, E., Change, L.* Prevalence of Psychiatric Disorders in Taiwan Defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1989, 79, 136–147 p.

26. *Jackson, M., Tarnopolsky, A.* Borderline Personality. In R. Bluglass and P. Bowden (Eds.) Principles and Practice of Forensic Psychiatry. New York, Churchill Livingstone, 1990.

27. *Kagan, J.* Galen`s Prophecy: Temperament in Human Nature. New York, 1994.

28. *Kernberg, O.* Aggression in Personality Disorders and Perversions. London, Yale University Press, 1992.

29. *Kessler, R.* et al. Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, 1994, 51, 8–19 p.

30. *Kohut, H.* The Restoration of the Self. New York. International Universities Press, 1977.

31. *Lesage, A.* et al. Suicide and Mental Disorders: A Case Control Study of Young Men. American Journal of Psychiatry, 1994, 151, 1063–1068 p.

32. *Lewis, M.* The Development of Anger and Rage. In R. Glick an d S. Roose (Eds.) Rage, Power, and Aggression London. Yale University Press, 1993.

33. *Livesley, W., Schroeder, M., Jackson, k., Jung, K.* Categorical Distinctions in the Study of Personality Disorders, 1994, 5, 296–306 p.

34. *Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J.* Security in Infancy, Children, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. In J.Bretherton, E.Waters (Eds.) Growing Points in Attachment Theory and Research. Monograph for the Society for Research i Child Development. Chicago University of Chicago Press, 1985, 66–104 p.

35. *Main, M., Solomon, J.* Procedures for Identifying Infants as Disorganized/ Disoriented During the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti, E. Cummings (Eds). Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention. Chicago, University of Chicago Press, 1990, 121–160 p.

36. *Main, M., Hesse, E.* Parents` Unresolved Traumatic Experiences are Related to Infant Disorganized Attachment Status: Is Frightened and/or Frightening Parental Behavios the Linking Mechanism. In M.Greenberg, D.Cicchetti, E.Cummings (Eds.) Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention. Chicago, University of Chicago Press, 1990, 161–182 p.

37. *Magnavita, J.* Toward a Unified Model of Treatment for Personality Dysfunction In J.Magnavita (Ed.) Handbook of Personality Disorders. Hobohen, NJ. John Wiley, 2004, 528–554 p.

38. *McCann, I., Pearlman, L.* Vicarious Traumatization A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. Journal of Traumatic Stress, 1990, 3, 131–150 p.

39. *Meloy, J.* Violent Attachments. London, Jason Aronson, 1992.

40. *Menninger, K.* Theory of Psychoanalytic Technique. New York. Basic Books, 1958.

41. *Michaels, W.* You Who Newer Was There? Slavery and the New Historicism, Deconstruction and the Holocaust. Narrative, 1996, 4, 8.

42. *Millon, T.* Borderline Personality Disorder: A Psychosocial Epidemic. In J.Paris (Ed.) Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment Washington, DC. American Psychiatric Press, 1993.

43. *Parens, H.* Rage Toward Self and Other in Early Childhood. In R. Glick and S. Roose (Eds.) Rage, Power, and Aggression London. Yale University Press, 1993.

44. *Paris, J., Zweig-Frank, H.* A Critical Review of the Role of Childhood Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personalite Disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 1992, 37, 125–128 p.

45. *Paris, J.* Social Factors in the Personality Disorders. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1996.

46. *Paris, J.* Working with Traits. Northvale, NJ: Aronson, 1997.

47. *Paris, J.* Sociocultural Factors in the Treatment of Personality Disorders. In J.Magnavita (Ed.). Handbook of Personality Disorders Hoboken, NJ. John Wiley, 2004, 135–147 p.

48. *Reich, J.* Clinical Correlates of Stress-Induced Personality Disorders. Psychiatric Annals, 2002, 32 (10). 551–588 p.

49. *Robins, L.* Deviant Children Grown Up. Baltimore, Williams, Wilkins, 1966.

50. *Sato, T., Takeichi, M.* Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in a General Medicine Clinic. General Hospital Psychiatry, 1993, 15, 224–233 p.

51. *Schlosser, E.* Fast Food Nation. New York Perennial Houghton Mifflin, 2002.

52. *Shafer, R.* Tradition and Change in Psychoanalysis. London, Karnac Books, 1997.

53. *Shafer, R.* Bad Fellows. New York, Other Press, 2003.

54. *Solursh, L.* Combat Addiction: Overview of Implication in Symptom Maintenance and Treatment Planning: Journal of Traumatic Stress, 1989. 2, 451–460 p.

55. *Stout, M.* The Myth of Sanity New York, Penguin Books, 2001.

56. Textbook of Personality Disorders. Hoboken. NJ. Iohn Wiley. 467–497 p.
57. *Van der Kolk, B., Greenberg, M., Boyd, H., Kryitel, J.* Inescapable Shock, Neurotransmitters and Addiction to Trauma: Toward a Psychobiology of Post-Traumatic Stress, Biological Psychiatry, 1985, 20, 318 p.
58. *Winnicott, D.* The Maturational Processes and the Facilitating Environment London, Hogarth Press, 1965.
59. *Winnicott, D.* Home is When We Start From London, Pelican, 1986.
60. *Yalom, I.* Love`s Executioner and Other Tales of Psychotherapy. New York, Basic Books, 1989.
61. *Zanarini, M., Frankenburg, F.* Pathways to the Development of Borderline Personality Disorder, 1997, 11, 93–104 p.

Часть II. Терапия личностных расстройств

Терапия пограничного личностного расстройства (ПЛР)

В течение длительного времени пациенты/пациентки с ПЛР относились к категории «неанализируемых», чрезвычайно трудных для психотерапии. В последнее десятилетие ситуация изменилась, в связи с появлением новых подходов, подготовленных исследованиями М. Балинта об «основной недостаточности» (имеются в виду широкоизвестные исследования М. Балинта о базальной недостаточности взрослых, получивших серьезную психотравму в детстве, вызванную покиданием и/или отвержением ребенка матерью или другим значимым лицом, осуществлявшим). Х. Кенигсберг, О. Кернберг, М. Стоун [26] подчеркивают реальную возможность оказания этим лицам психотерапевтической помощи. Авторы акцентируют способность индивидуумов с ПЛР, несмотря на тяжесть симптомов, их драматический и «турбулентный» характер, хорошо функционировать, использовать свои интеллектуальные способности в зонах, свободных от конфликтов. Представляется реальным использование в терапии их выраженной сенситивности в межличностных отношениях и развитой эмпатии. В то же время психотерапевты, работающие с такими лицами, всегда должны проявлять настороженность по поводу риска суицида (около 10 % лиц с ПЛР совершают завершенный суицид), следует обращать особое внимание на попытки самоубийства в прошлом и агрессивные, угрожающие жизни действия по отношению к другим, наличие выраженных депрессивных эпизодов.

Терапевтический оптимизм обусловлен расширением терапевтических возможностей, развитием новых подходов, таких как: модифицированная психодинамическая психотерапия, подчеркивающая психотерапия А. Роклэнд (A. Rockland), различные варианты когнитивно-бихевиоральной терапии, в особенности диалектическая поведенческая терапия [29, 30, 31].

Одновременно расширились возможности психофармакологической терапии, связанные с использованием современных антидепрессантов и нейролептиков. Х. Кенигсберг и М. Стоун [26] разработали форму психодинамической психотерапии, предназначенную специально для лиц с ПЛР, которая получила название «психотерапия, фокусированная на переносе». Пациентов/пациенток побуждают к оживлению в сознании главных интернализированных объектных отношений прошлого, которые оказывали и оказывают влияние на их отношения с собой и окружающим миром.

По данным опыта, полученного в Институте личностных нарушений Корнуэльского университета и Нью-Йоркского Пресвитерианского госпиталя [13], пациентки/пациенты с ПЛР по-разному реагируют на лечение: некоторые принимают участие в терапии с большим трудом, другие после начального, казалось бы, успешного периода входят в патовое состояние отсутствия какого-либо прогресса. Часть пациентов/пациенток вообще выпадают из терапии на раннем этапе; у отдельных лиц наблюдается отчетливый психологический регресс. Авторы проекта показывают, что во многих случаях фокусированная на переносе психотерапия оказывалась эффективной для ранее терапевтически резистентных индивидуумов.

Фокусированная на переносе психотерапия концептуально основывается на понятии пограничной личностной организации (ПЛО), развитом О. Кернбергом [25]. ПЛО отличается от ПЛР и характеризуется: 1) механизмами примитивной психологической защиты; 2) диффузией идентичности; 3) в целом ненарушенной оценкой реальности. Следует обратить внимание на то, что примитивные защиты, как и диффузная идентичность, типичны для лиц с ПЛО, что отличает их от лиц с невротической личностной организацией (НЛО). Ненарушенная оценка реальности отличает лиц с ПЛО от индивидуумов с расстройствами психотического

уровня. Концепция ПЛО относится не только к ПЛР и приближающимся к нему нарушениям меньшей выраженности, но охватывает также антисоциальное, нарциссическое, параноидное и шизоидное расстройства, а также близкие к ним нарушения. Концепция позволяет использовать модель объектных отношений в ряду нарушений психологического функционирования, которые могут корригироваться с помощью психодинамически ориентированной психотерапии, фокусированной на переносе.

Основанная на особенном внимании к переносу психотерапия исходит из положения, что индивидуумы переживают внешнюю реальность через структуру своего внутреннего мира – интернализированных диад объектных отношений. При нормальном развитии человек в его раннем периоде воспринимает других людей как объекты, обладающие как положительными, так и отрицательными свойствами, т. е. как более или менее реалистическую смесь хороших и плохих черт (с возможным преобладанием тех или иных в каждом конкретном случае). Это позволяет справляться со сложностью и неоднозначностью окружающего мира.

При ПЛР (или в меньшей степени при ПЛО) такая интеграция не происходит. Внутренний мир оказывается разделенным в результате расщепления. Диадические противоположные друг другу репрезентации сосуществуют безо всякого соответствия друг другу, но в то же время, имея большой потенциал психической энергии положительного или отрицательного содержания. В результате эмоциональное отношение к другому/другим зависит от конкретной ситуации, конкретного момента и не может прогнозироваться.

Особенно значимым в терапевтическом отношении оказывается переживание пациентами терапевта как «другого» в каждый момент сессии. Идентифицируется внутреннее «Я» и объектные репрезентации, возникающие в процессе их возникновения при терапевтическом общении. Пациенты достигают осознания этих диадных прошлых ситуаций и пытаются разобраться в их глубинных причинах. Терапевт помогает интегрировать их в более сложные внутренние репрезентации. Процесс встречает сопротивление, т. к. разрушает прежнюю привычную структуру, в которой присутствуют имиджи идеальных объектов.

Терапевт, работающий по методу фокусированной на переносе терапии, должен учитывать наличие трех каналов коммуникации с пациентами: 1) вербальные послания пациентов; 2) их невербальные послания; 3) контрперенос самого терапевта. Особенностью работы с пациентами/пациентками с ПЛР и ПЛО является то, что в начальном периоде терапии наиболее значимыми каналами получения информация являются второй и третий. Лица с ПЛР/ПЛО обычно относятся к терапевту как к части диады объектных отношений. Терапевту по механизму проекции могут атрибутироваться роли агрессора или преследователя. Более того, возникают ситуации, когда пациенты/пациентки стараются провоцировать терапевта на агрессию по отношению к ним, с целью доказать правильность своих проекций.

Диада объектных отношений у лиц с ПЛР имеет всегда тенденцию к внезапным изменениям оценок, что происходит у пациентов на бессознательном уровне. Так, в отношениях с терапевтом пациент/пациентка переживают (воспринимают) себя как слабого, беззащитного ребенка, а терапевта – как мощную авторитетную, доминирующую фигуру. Затем внезапно происходит смена ролей: пациент/пациентка воспринимают себя в роли родителя, а терапевта как слабого некомпетентного человека. Такие ситуации следует принимать в расчет как некие неизбежные и учитывать их заранее в процессе терапии. Терапевтический контакт может быть затруднен, в связи с прежним отрицательным опытом пациентов, их разочарованиями в других людях, которые вначале идеализировались, а потом оказались несовершенными, незаслуживающими доверия.

Для лиц с ПЛР характерна сверхподозрительность, периодически доходящая до паранойи. Страх предательства приводит их к формированию позиции, когда возможность положительных отношений исключается и пациенты защищаются от их налаживания (чтобы потом не разочароваться). Терапевту следует показать, что позиция пациента имеет защитный харак-

тер, что восприятие терапевта в негативном плане блокирует возможность вхождения в зону длительных положительных, доставляющих удовольствие контактов.

Дж. Кларкин (J. Clarkin), Ф. Иоминс (F. Yeomens), О. Кернберг (O. Kernberg) [13] включают в процесс психотерапии следующие элементы:

1. Выбор приоритетной для состояния пациента темы.

2. Защита терапевтических рамок (время сеанса, его продолжительность, место, оплата и др.).

3. Сохранение нейтральности в течение большей части терапевтического времени, отдельное принятие решения при каждом случае необходимого отхода от нейтральности.

4. Установление общей основы разделенной реальности между терапевтом и пациентом перед дискуссией и интерпретацией нарушения реальности, присутствующей у пациента.

5. Анализ как положительных, так и негативных элементов переноса для избегания застревания в хроническом позитивном или негативном переносах.

6. Наблюдение и анализ примитивных защит, когда они появляются в переносе.

7. Мониторинг контрпереноса. Как должен вести себя психотерапевт во время терапии пограничных индивидуумов в рамках фокусирования внимания на переносе? Составной частью аналитической терапии, как известно, являются интервенции во время сеанса.

Х. Кенигсберг, О. Кернберг, М. Стоун [26] определяют три принципиально важные интервенции:

1. Выяснение («кларификация»). Психотерапевт старается получить от пациента/пациентки объяснения тех моментов в сообщенной информации, которые неясны, хаотичны, допускают разное толкование. Таких эпизодов много, что связано со спутанностью во внутреннем мире пациентов.

2. Конфронтация. Психотерапевт привлекает внимание пациента/ пациентки к противоречивым элементам в их мыслях, эмоциях и поведении. Конфронтация с этими противоречиями стимулирует самоанализ и может способствовать интеграции дезинтегрированного внутреннего мира.

3. Интерпретация. Предшествовавшие интервенции (выяснение и конфронтация) способствуют эффективной интерпретации. Психотерапевт оказывается в состоянии связать уже осознанный пациентами материал с бессознательными содержаниями, очевидно, влияющими на психическое состояние пациента/пациентки, их чувства, мотивации и поведение в целом.

Интерпретация может продемонстрировать пациентке/пациенту, что ее/его доминирующая во время беседы с аналитиком «Я»-объектная диада носит защитный характер, защищаясь перед присутствующей в бессознательном «Я»-объектной диадой противоположного содержания. Например, пациент/пациентка демонстрирует своим поведением отстраненность, независимость, полную самостоятельность. В то же время, в ходе предшествующего сеанса на первый план выступал страх одиночества, страх покидания, страх даже кратковременного перерыва в терапии. Интерпретация может содержать в себе не только сопоставление этих противоречащих содержаний, но и объяснение, что демонстрируемый «уход в независимость» не случаен, а отражает убежденность в невозможности установить с кем-либо глубокие эмоциональные отношения на фоне выраженного желания получить от кого-то поддержку, теплоту, быть любимым/любимой.

Х. Кенигсберг, О. Кернберг и соавт. [26] приводят основные моменты, отличающие фокусированную на переносе терапию (ФПТ) от «обычной» психодинамической терапии:

1. ФПТ более жестко связана с контрактом, заключенным с пациентами, и в ее процессе часто возвращается к нему.

4. ФПТ разрешает отклониться от технической нейтральности. Если пациенты уходят от терапевтических рамок или активно атакуют их во время лечения, психотерапевту нужно

исследовать причины происходящего, активно участвуя в процессе. ФПТ предполагает возвращение к нейтральности после восстановления терапевтических рамок.

5. ФПТ предполагает более активное поведение психотерапевта, которое не исчерпывается отклонениями от технической нейтральности. В контактах с пациентами аналитик не ограничивается «информативной» вербальной коммуникацией, но использует тональность, модуляции, изменение интенсивности голоса.

6. При проведении ФПТ психотерапевт более зависим от невербального канала коммуникации, а также от контрпереноса. Он должен тщательно следить за манерой поведения, выражением глаз, нюансами голоса, мимикой пациентов во время сеансов терапии. Это дает возможность улавливать активизацию диад «Я»-объектных отношений, которая не всегда находит выражение в вербальном компоненте.

7. Психотерапевт исследует свои собственные эмоции и фантазии, касающиеся пациента как во время сеансов, так и в промежутках между ними (контрперенос).

При проведении психотерапии с пограничными пациентами приходится постоянно сталкиваться со внезапными изменениями их состояния, обусловленными появлением «на сцене» различных отщепленных репрезентаций себя и других людей. Между этими репрезентациями не существует интеграции, каждая существует в экстремальной форме и определяет восприятие пациенткой/пациентом текущей терапевтической ситуации. В результате аналитику нужно заранее быть готовым к тому, что в процессе терапевтического сеанса пограничный индивидуум в ее/его переносе периодически будет воспринимать специалиста в виде «плохого» объекта с различными проецируемыми негативными содержаниями («незаслуживающий доверия», «предатель», «преследователь», «заговорщик» и др.). Такое восприятие способно вызвать негативный контрперенос у аналитика и в результате подобного взаимодействия негативного переноса (у пациента) и негативного контрпереноса (у аналитика) появляется реальная угроза прекращения терапии. Задачей терапевта является овладение методами работы в ситуации с неизбежным негативным переносом и предотвращение отказа пациента от терапии. Здесь может помочь осознание аналитиком того, что негативный перенос пациента/пациентки отражает лишь какое-то из его/ее личностных состояний и стимулирует к психотерапевтической работе со здоровой частью/частями психической структуры, даже если последние менее представлены.

Классические требования нейтральности аналитика, как уже указывалось, при аналитической терапии пограничных индивидуумов практически невыполнимы, хотя призыв к «технической нейтральности» в смягченном варианте входит в структуру ФПТ. Проявления враждебности со стороны пациентов, их агрессивность серьезно угрожают продолжению лечения. Необходимость выхода за пределы вербальной коммуникации во многих ситуациях чрезвычайно важна, т. к. пограничные пациенты, начиная с раннего периода жизни, обучались доверять больше не словам, а эмпатически схватывать эмоциональное состояние других, их отношение к себе, что в контактах с психотерапевтом приобретает особое значение.

Терапевтическое взаимодействие с пограничными пациентами, в отличие от обычных психоаналитических рамок, должно включать анализ ряда состояний, представляющих серьезную угрозу для терапии. К ним, прежде всего, относятся: самоповреждения, суицидальные попытки, злоупотребление веществами, изменяющими психическое состояние, сознательное сокрытие важной информации о состоянии.

Терапия ПЛР строится на стимуляции анализа пациентами их внутренних переживаний при одновременной поддержке со стороны психотерапевта.

В процессе самоанализа пациенты обучаются распознавать бессознательное дезадаптивное поведение и стараются использовать как можно более эффективно сознательный контроль над своими поступками и импульсивностью. Позиция терапевта по мере развития этого процесса все более активизируется в плане «обратного питания», советов, ободряющих оценок,

стимуляции приобретения пациентами необходимых навыков. Р. Мири (R. Meares), Дж. Стивенсон (J. Stevenson), А. Сомерфорд (A. Comerford) [38]; К. Говард (K. Howard), С. Копта (S. Kopta), Р. Краузе (R. Krause) [23] приходят к заключению о том, что индивидуальная психодинамическая терапия, проводимая регулярно два раза в неделю в течение года, оказалась очень эффективной для клинически тяжелых лиц с ПЛР. За год до начала психодинамической терапии эти индивидуумы часто госпитализировались, совершали акты насилия и самоповреждения, злоупотребляли наркотиками. Психодинамическая терапия в значительной мере скорректировала эти нарушения. По данным К. Говарда, П. Фонаги (P. Fonagy), несмотря на то, что психодинамическая терапия при ПЛР требует большего времени, чем у других категорий пациентов, она дает хорошие результаты: 75 % лиц с ПЛР обнаружили улучшение после одного года терапии и до 95 % – после двух лет.

Особенности коммуникации при ПЛР

Коммуникация психотерапевта с пациентами/пациентками с ПЛР требует профессиональных навыков, опыта, терпения, умения контролировать свои эмоциональные реакции, неизбежно возникающие в процессе контрпереноса. Психотерапевт оказывается перед лицом характерных для ПЛР изменений психического состояния, внезапных эмоциональных сдвигов – негативного переноса, враждебности, обесценивания. При установлении продуктивной коммуникации необходимо учитывать характеристики ПЛР Дж. Крайсмэн (J. Kreisman), Х. Строс (H. Straus). Общие подходы к проблеме коммуникации включают:

1. Установление межличностных границ между терапевтом и пациенткой/пациентом. Трудность выполнения этого требования обусловлена отсутствием у пациентов спаянной идентичности. Диффузная идентичность стимулирует пациентов к стремлению «смешаться» с терапевтом, укрепить свою идентичность за счет идентичности терапевта. Необходимо постоянное сохранение сепаратности, уход от «симбиотических» отношений.

2. Непринятие на себя ответственности за поведение пациентки/ пациента с ПЛР, которые нередко стремятся ставить терапевта в «ответственное положение», т. е. ситуацию, когда последний принимает на себя ответственность за какие-то решения, поступки пациента, по механизму «вы же мне это советовали». Заставить терапевта чувствовать себя ответственным – это типичная ловушка при ПЛР.

3. Безопасность. Безопасность при проведении терапии является главным условием. Ряд пациентов в предшествующей жизни совершали акты насилия, наносили себе и/или другим повреждения. Пациенты должны быть информированы в деловом неэмоциональном контексте, что возникновение какой-либо угрозы в ходе лечения приведет к адекватным действиям: вызову полиции, госпитализации, прекращению терапии. Дискутировать с пациентами на эту тему не стоит.

4. Выяснение противоречий. Лица с ПЛР часто выдвигают противоречивые требования по отношению к близким людям и к терапевту. В таких случаях лучше всего действовать по механизму «возврата мяча» пациентке/пациенту. Например, пациентка при конфликте с матерью выпивает горсть различных лекарств, о чем заявляет матери, сообщая, что она «ни за что не поедет в больницу и уйдет из дома, если мать вызовет скорую». Мать в ответ говорит дочери, что если она не вызовет скорую, то дочь может умереть или серьезно заболеть. «Если же я вызову скорую против твоей воли, ты скажешь, что мне нет дела до тебя и твоих желаний и будешь гневаться, как это часто с тобой бывает. Как в том, так и в другом случае ты будешь относиться ко мне плохо. Поэтому я вызову врача, чтобы уберечь тебя от самой себя».

В контакте с лицами с ПЛР важно не путать эмпатию с симпатией. Эмпатия – это понимание без слов эмоционального состояния пациентки/пациента без включения собственных

эмоций: «Я понимаю, как вы страдаете, как это болезненно для вас», но не: «Я так расстроен, я переживаю за вас» (декларация симпатии).

Особая проблема в лечении ПЛР заключается в возможности использования, наряду с психотерапией, психофармакологических вмешательств. Несмотря на то, что центральное место занимают терапевтические методы, не стоит игнорировать и современную психофармакологию при воздействии на ряд нарушений, локализованных как на первой, так и на основной для ПЛР второй оси по DSM диагностике. Теоретические основания здесь связаны с несколькими к настоящему времени доказанными фактами:

1) наличие связи свойственной ПЛР эмоциональной импульсивности с серотонергической активностью [14];

2) связь когнитивных нарушений и нарушений восприятия с активностью динамики;

3) связь характерной для ПЛР существенной изменчивости с холинергической или норадренергической активностью [47].

Следует подчеркнуть, что до середины 1980-х годов в клинической психиатрии считалось, что медикаментозная терапия принципиально не может быть сколько-нибудь эффективной при лечении личностных расстройств.

В публикации Американской Психиатрической ассоциации еще в 2001 году указывалось: «лечение не является реалистичной целью – лекарства не излечивают характер» [1].

В то же время постепенно накапливался опыт успешного медикаментозного лечения ряда симптомов ПЛР. Иногда, в ситуациях, когда в клинической картине преобладали устраняемые психофармакологическими средствами симптомы, лечение приводило к тому, что в течение какого-то времени клиническая картина формально не соответствовала диагнозу ПЛР (Дж. Крайсмэн, Х. Строс).

Какие психофармакологические средства могут применяться при ПЛР? На первый план здесь выступают антидепрессанты, что связано с частым возникновением при ПЛР депрессии. Наиболее приемлемы в настоящее время антидепрессанты группы обратного захвата серотонина. К ним относятся как более «старые» прозак (флуоксетин) и золофт (сертралин), так и новые, включающие паксил (пароксетин), целекса (циталопрам), лювакс (флувоксамин). В случаях, если какой-то из антидепрессантов является неэффективным, позитивный результат можно получить, используя другой антидепрессант. Наши данные свидетельствуют об эффективности коаксила.

Имеются наблюдения, что антидепрессанты могут быть эффективными не только при снятии депрессивных симптомов. Так, по данным И. Коккаро (E. Coccaro) и Р. Кавонасси (R. Kavonussi) [15], флуоксетин (прозак) снимает симптомы агрессии и импульсивности значительно быстрее, чем депрессию. Дж. Крайсмэн, Х. Строс считают, что лечение антидепрессантами эффективно также для элиминации или смягчения гнева, суицидального и самоповреждающего поведения. По данным Американской Психиатрической ассоциации от 2001 г. [1], использование трициклических антидепрессантов (амитриптилин, тофранил) менее эффективно при ПЛР. В некоторых случаях эти антидепрессанты ухудшают эмоциональный контроль. Использование нейролептиков при ПЛР может быть успешным в случаях диссоциаций и нарушений мышления, как и симптомов гнева и импульсивности (Дж. Крайсмэн, Х. Строс). Нейролептики применяются в меньших дозах, чем при терапии психических заболеваний. При терапии импульсивности и гнева возможно сочетание нейролептиков с другими лекарствами антидепрессивного ряда. Рекомендовано, прежде всего, применение рисполента (рисперидона), сероквела (кветианина), зипрекса (оланзопана), клозарена (клозанина).

Практика работы с пациентами, страдающими пограничным личностным расстройством, показывает наличие частого сочетания этого расстройства с депрессией, тревогой, атакой паники. В ряде случаев оказывается необходимым применение антидепрессантов. По нашим наблюдениям, следует прибегать к использованию прежде всего атипичных антидепрессантов,

оказывающих сравнительно быстрое действие, без серьезных побочных эффектов. Препаратами «первой линии» являются ингибиторы обратного захвата серотонина. Принципиально возможно применение более старых антидепрессантов этого ряда, например, золофта (сертралин) или флуокситина (прозак), очевидно, более уверенный эффект достигается применением паксила (пароксетина), коаксила, циталопрама. В случае неэффективности какого-то антидепрессанта, нужно иметь ввиду, что положительный результат может быть достигнут назначением другого. Атипичные антидепрессанты могут быть рекомендованы также тем пациентам с пограничным личностным расстройством, у которых в клинических проявлениях доминируют симптомы импульсивности, самоповреждающего поведения, суицидные реализации, агрессивное поведение. На это указывали И. Коккаро и Р. Кавусси [15]. Авторы обнаружили, что симптомы агрессии и импульсивности при применении антидепрессантов были устранены даже быстрее (в течение одной недели), чем симптомы самой депрессии.

Импульсивность у пациентов с ПЛР может контролироваться с помощью стабилизаторов настроения. Согласно нашим наблюдениям, хороших результатов можно достигнуть с помощью финлепсина (карбамазепина) и ламектала (ламотриджина). Как известно, клинические проявления ПЛР могут включать расстройства психического уровня, что внесено в диагностические критерии DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) в виде параноида, галлюцинаций, диссоциативных нарушений, а также выделяемого нами состояния отказа (refusal state), напоминающего по клинике кататонический синдром. Терапия подобных расстройств без применения психофармакологических подходов невозможна. Наиболее эффективны атипические нейролептики, обычно в дозах меньших, чем при психических заболеваниях. Эти препараты вызывают значительно меньше побочных эффектов и осложнений, по сравнению с более старыми препаратами. Их применение оказывается эффективным при наличии бредового синдрома, симптомов тревоги, ревности у пациентов с выраженным гневом и импульсивностью. Они хорошо сочетаются с антидепрессантами и анксиолитическими препаратами. В наших наблюдениях состояния эмоционального напряжения, предшествующие развитию самоповреждающего поведения, хорошо снимались назначением сероквеля (кветиапин) в дозах 100–200 мг в сутки. У пациентов/пациенток с суицидальными тенденциями на фоне разрыва отношений со значимым человеком была эффективной комбинация сероквеля или рисполета (2 мг в сутки) с антидепрессантами – паксилом, ципрамилом (циталопрамом), коаксилом, феварином.

В целом, следует отметить, что пограничные пациенты положительно реагируют на различные психофармакологические средства в зависимости от тех или иных констелляций симптомов, локализованных на первой оси DSM классификаторов. Устранение или смягчение симптомов первой оси оказывает обычно выраженное позитивное влияние на основные симптомы личностного расстройства (II ось). Наиболее трудной задачей является выбор подходящего препарата, что связано с выделением наиболее выраженных симптомов.

Дифференциация между терапией, направленной на устранение симптомов и причин патологии в случае личностного расстройства, не столь очевидна, как при соматических заболеваниях. Возможны ситуации, когда устранение предполагаемой причины, например, отреагирование травматической ситуации или решение конфликта, не приводит к избавлению от основных симптомов, свойственных личностному расстройству. В каких-то случаях наблюдается даже парадоксальное явление, когда элиминация нарушения, локализованного на первой оси, не только не приводит к улучшению общего состояния, но сочетается с его ухудшением. Подобная динамика может наблюдаться, например, при превращении аддиктивных реализаций, которые на фоне возникшего психологического вакуума сменяются возникновением тревоги и/или депрессии. Тем не менее, в целом, как показывает практика, психофармакологическая терапия в комбинации с психотерапией, направленные на снятие отдельных симптомов при ПЛР (как и при других личностных расстройствах) имеет большое значение, приносит

пациенту/пациентке значительное облегчение, активизирует мотивацию на дальнейшее лечение, необходимого для коррекции самого личностного расстройства.

Важно понимание, что психофармакологическая терапия личностных расстройств положительно влияет как на симптомы нарушений, присоединяющиеся к самому расстройству и создающего тем самым комбинированную структуру двойного диагноза (например, ПЛР + параноидный синдром или ПЛР + депрессия), так и на основные симптомы личностного расстройства. Последние хотя и не исчезают полностью, но становятся менее интенсивными, облегчая тем самым проведение психотерапии. При назначении психофармакологических препаратов нужно иметь в виду возможность развития зависимости, что относится к длительному применению транквилизаторов и анксиолитиков, но не относится к нейролептикам и антидепрессантам. Нами наблюдалась эффективность применения атипичных антидепрессантов (паксил, коаксил), а также атипичных нейролептиков (сероквель, рисполет, зипрекс) при присоединившихся к ПЛР обсессивно-компульсивных расстройствах и признаках страха. Такая терапия позволяла избегать опасности привыкания.

На сегодняшний день представляется возможным сделать следующие заключения:

1. Ингибиторы обратного захвата серотонина адекватны при депрессиях в структуре ПЛР.

2. Малые дозы атипичных нейролептиков (сероквель, рисперидон, зипрекс) эффективны при параноидных эпизодах, нарушениях восприятия, дереализации, усилении аутистического мышления.

3. Малые дозы нейролептиков (сероквель, рисперидон и др.), финлепсин, атипичные антидепрессанты эффективны при императивности, суицидальности, агрессии.

4. Малые дозы нейролептиков, финлепсин эффективны при панических атаках.

Применение анксиолитиков может быть показано как в состояниях тревоги и страха покидания, так и при наличии длительного чувства пустоты. Дж. Крайсмэн, Х. Строс рекомендуют транквилизаторы из группы бензодиазепинов, включая лоразепам (атаван), валиум (диазепам), клоназепам, алиразолам (ксанакс).

А. Фрэнсис (A. Frances) и Дж. Кларкин (J. Clarkin) [18] наблюдали пациентов с ПЛР, для которых психотерапия оказалась противопоказанной в связи с чрезвычайно резко выраженными негативными реакциями. Авторы отнесли их в группу ПЛР, для которой показана психофармакологическая терапия как метод выбора с редкими и короткими встречами с психотерапевтом.

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ)

Метод ДПТ был впервые предложен М. Лайнехэном (M. Linehan) [29, 30, 31] в 1993 году и представляет собой вариант когнитивно-бихевиоральной терапии. В основе метода лежит гипотеза о центральной роли ставших привычными нарушений мышления (когниции), что ведет к дезадаптивному поведению. Симптомы ПЛР возникают в результате неспособности регулировать эмоции, возникающие при столкновении пациента/пациентки с неблагоприятными ситуациями. Терапия проводится индивидуально и в группе с целью обучить пациентов новым навыкам и мотивациям. В лечении выделяются четыре первичные стадии:

1. Первая стадия направлена на развитие навыков установления лучшего контроля над поведением в различных ситуациях.

2. Вторая стадия фокусируется на прошлых травмах и помощи в проработке их на новом уровне.

3. Третья стадия направлена на усиление самооценки.

4. Четвертая стадия концентрируется на усилении чувства «личного счастья».

В ДПТ интегрированы Дзэн-буддизм и диалектическая философия. По мнению К. Робинс и К. К унс [44], ДПТ сегодня во внебольничном лечении ПЛР является единственно «хоть сколько-нибудь эффективной». Термин «диалектический» в названии метода отражает важную роль очевидного синтеза полярных друг другу явлений.

Первая полярность, на которую терапевт обращает внимание, – это принятие и изменение. Если обращается внимание только на частые резкие изменения эмоционального состояния, характерные для ПЛР, то пациенты обычно чувствуют, что их по-настоящему не понимают и, более того, осуждают. Это приводит к реакциям гнева, потере контакта, прерыванию лечения. У некоторых пациентов/ пациенток развивается состояние подозрительности с пассивностью и внешним безучастием. М. Лайнехэн (M. Linehan) [29, 30, 31] модифицировала обычное когнитивно-поведенческое лечение, делая акцент на оценках переживаний.

Вторая часть – фиксация на принятии сопровождается большими трудностями, связанными с принятием лицами с ПЛР себя, других людей и жизни в целом. Сами пациенты без психотерапевтической помощи не в состоянии фиксироваться на развитии принятия. ДПТ пытается восполнить это, обучая пациентов навыкам заботы о себе, других и окружающем мире, умению фиксироваться на осознании текущего момента, и вести себя в соответствии с важными для них целями и ценностями.

Теоретические положения ДПТ объединяют: 1) биосоциальную теорию ПЛР и 2) принципы лечения, взятые из поведенческой терапии, Дзэн-буддизма и диалектики.

Биосоциальная теория ПЛР рассматривает развитие и сохранение свойственного расстройству поведения как результат воздействия биологического компонента. Последний заключается в нарушении системы, регулирующей эмоции и воздействии социально-средового компонента, представленного «инвалидизирующей средой». В процессе ДПТ учитывается, что лица с ПЛР биологически подвержены более интенсивному переживанию эмоций и трудностям в модулировании их интенсивности.

ДПТ в девяти критериях DSM-IV диагностики ПЛР выделяет пять зон дисрегуляции с прицелом на навыки преодоления этих нарушений, которые пациентка/пациент должны у себя вырабатывать и затем практиковать:

1. Дисрегуляция эмоций. Подчеркивается, что наряду с реактивностью и нестабильностью настроения, базисное настроение при ПЛР представляет хроническую дисфорию, и примерно в 50 % случаев обнаруживаются критерии большой депрессии [21]. Робинс (Robins) и Кунс (Koons) [44], в отличие от DSM-IV, наблюдали у лиц с ПЛР недостаточную выраженность

гнева, что оценивается ими, наряду с интенсивным гневом, как один из признаков эмоциональной дисрегуляции.

2. Дисрегуляция отношений. Интенсивные, но нестабильные отношения связаны с отрицательными эмоциями пациенток/пациентов, приводящих к их покиданию другими, а также с отсутствием у пациентов/пациенток ассертивного поведения. Сильные эмоции продуцируют экстремистские оценки, предубеждения, максималистские требования, что приводит к разрыву отношений.

3. Самодисрегуляция. Часто изменяющееся состояние и поведение лиц с ПЛР обуславливают невозможность прогнозировать собственное поведение, делают для них нереальным сколько-нибудь целенаправленное поведение.

4. Дисрегуляция поведения. Самоповреждающее поведение, импульсивность в различных содержаниях, злоупотребление алкоголем и другими веществами, обжорство, рискованное вождение транспорта могут иметь в своей основе различные причины и преследовать различные цели: не только манипулятивные, но и отражающие стремление устранить или хотя бы смягчить тяжелые негативные эмоциональные состояния [12].

5. Когнитивная дисрегуляция. Часть лиц с ПЛР в состоянии стресса могут проявляют признаки диссоциации, что может отражать воздействие сильных эмоций на когнитивный процесс.

Как уже указывалось, основные стратегии терапии в структуре ДПТ представлены использованием: а) теории обучения; б) дзэн-буддизма; в) диалектической философии.

Теория обучения применяется в трех направлениях: 1) классическое условное рефлексирование; 2) оперативное рефлексирование; 3) моделирование.

Классическое условное рефлексирование заключается, как известно, в том, что если стимулы (два или более) повторяются во взаимном сочетании, то реакция на один из них становится обученной реакцией на другой/другие, совпадающие по времени и/ или месту с ним стимулы. Если на человека совершено нападение вечером в определенном месте, он/она может испытывать страх, находясь в том же месте и в то же время. Если пациентка/пациент испытали облегчение от эмоциональной боли или страха, нанеся себе повреждение ножом, вид ножа может вызвать стремление к самоповреждению. Такого рода дезадаптивное обученное поведение следует изменить в процессе переобучения.

Оперативное рефлексирование связано с последствиями поведения, которые могут вести к усилению или ослаблению последнего. В случае, когда ранее усиливаемое поведение более не усиливается, происходит его устранение (экстинкция). В ДПТ постоянно используются подобные принципы обучения.

Моделирование представляет собой наблюдение за поведением и эмоциональными реакциями обучаемых, а также последствиями, к которым они приводят. Дезадаптивное поведение у лиц с ПЛР сформировалось как результат моделирования поведения родителей, других членов семьи, знакомых. Психотерапевт может стать положительной моделью для пациента.

Дзэн-буддизм. В то время как теория обучения фиксирована на процессе изменения, дзэн-буддизм концентрируется на принятии момента, акцептировании себя и окружающего мира. Принятие реальности, которую невозможно или очень трудно изменить, способно смягчить страдание. Нужно «остановиться», задуматься, оценить себя и окружающую реальность отстраненно неэмоционально, и такой подход способен даже стимулировать к формированию плана дальнейшего изменения.

Диалектика. М. Лайнехэн (M. Linehan) [29, 30, 31] анализирует три характеристики диалектического мышления и поведения, которые должны сформировать у себя лица с ПЛР:

1. Принцип взаимосвязи и целостности.
2. Принцип полярности.
3. Принцип постоянного изменения.

Принцип взаимосвязи и целостности важен для лиц с ПЛР, в связи с диффузной идентичностью и фрагментарностью «Я». Акцентируется положение о том, что люди и объекты не могут оцениваться по их фрагментам, не принимая во внимание отношений между отдельными частями.

Принцип полярности. Подчеркивается свойственное природе существование противоположных сил, идей, элементов. Необходим синтез, интеграция, т. к. каждая полярность имеет какую-то цель и открытый или скрытый смысл. Даже дезадаптивное поведение на чем-то основано.

Принцип постоянного изменения. Люди влияют, воздействуют друг на друга, все взаимосвязано и находится в состоянии изменения, в процессе межличностных коммуникаций каждый из участников контакта изменяется. Пациентка/пациент во взаимном контакте с терапевтом используют как ориентированную на принятие, так и ориентированную на изменение терапевтические стратегии. Пациентки/пациенты обучаются навыкам, нацеленным на усвоение подходов принятия и изменения. В процессе терапии формируются и усовершенствуются навыки психотерапевтов.

Когнитивная терапия

Согласно концепции А. Бека (A. Beck) [7, 8, 9, 10], когнитивный компонент в виде нарушенного мышления оказывает глубокое влияние на эмоциональные и поведенческие составные различных психических нарушений, прежде всего депрессивного синдрома. Позитивное воздействие на нарушенный мыслительный процесс приводит к значительному улучшению состояния [7]. В настоящее время когнитивная терапия применяется при различных личностных расстройствах.

Когнитивная терапия фокусируется на том, что происходит «здесь и сейчас» и, в отличие от психоаналитической терапии, уделяет мало внимания детскому периоду. Основное внимание обращено на выяснение характера мышления и чувств пациента/пациентки во время сеансов терапии и между ними. Бессознательные факторы не анализируются. Пациенты/пациентки обучаются ряду упражнений, которые они должны совершать в виде домашнего задания в промежутках между сеансами терапии.

В когнитивной терапии основное внимание концентрируется на сознательных внутренних переживаниях, здесь учитываются мысли, чувства, желания, мечты, «сны наяву», оценки, содержания отношений. Главная цель состоит в изменении дезадаптивных моделей мышления.

В качестве базисной предпосылки используется представление о том, что в структуре депрессии присутствует нарушение мышления, и что оно может занимать центральное место, а не являться просто вторичным, вытекающим из аффективного состояния. Для этого нарушения характерно, например, чрезмерно конкретное мышление, мышление по формуле «все или ничего» с акцентом на восприятие мира исключительно в черных тонах.

Когнитивная терапия исходит из предпосылки, что человек постоянно оценивает ситуацию автоматически, и что возникающая в результате реакция может быть по-разному ею/им интерпретирована. Так, например, нарушение специалистом психоаналитических рамок в виде сокращения времени сеанса может быть интерпретировано пациентом/пациенткой как пренебрежительное отношение, незаинтересованность или как признак чрезвычайной занятости специалиста или даже как свидетельство его/ее высокой квалификации, способности быстро разобраться в психическом состоянии. Интерпретация ситуации, таким образом, может оказаться правильной, частично правильной, или неправильной. В последнем варианте существует большая вероятность, что последующее поведение пациентки/пациента окажется дисфункциональным.

Каждый человек интерпретирует события на основе опыта предшествующей жизни. На это влияют приобретенные ранее убеждения, установки, привычные схемы, тактики и стратегии поведения. Многие способы реагирования находятся в пресознании в неактивном, «дремлющем» виде, но они автоматически включаются при встрече с соответствующим стимулом. Когнитивное нарушение характеризуется ошибочными умозаключениями, которые, в свою очередь, усиливают воздействие ранее сформулированных убеждений, что в еще большей степени приводит к отрыву от реальности.

В соответствии с когнитивной моделью автоматические мысли индивидуума очерчивают его/ее эмоциональные реакции на ситуацию. В то же время, ряд исследований показывает, что аффекты, в свою очередь, влияют на когниции [42]. Показано, что даже мягкое депрессивное настроение влияет на когнитивные процессы восприятия и поведения конгруэнтным с депрессией образом [52]. Таким образом, имеет место порочный круг: отрицательные автоматические мысли вызывают депрессивное настроение, а депрессивное настроение «направляет» когницию в конгруэнтное депрессии русло.

При проведении когнитивной терапии следует учитывать, что каждый человек проявляет отчетливую тенденцию интерпретировать свои переживания и оценки конкретной ситуации,

находясь под влиянием сформировавшихся ранее подходов и убеждений. Здесь всегда имеет значение, например, выраженность ассертивности, уступчивости, подчиняемости, открытой или скрытой агрессивности. Бессознательные «дремлющие» прототипы этих моделей мышления и поведения автоматически оживают под воздействием определенных внешних ситуаций и приводят во многом к предопределенным типам реакций.

Ситуации могут быть также неправильно интерпретированы в связи с рядом когнитивных нарушений, отражающих непосредственно ошибки в логических рассуждениях. Наиболее распространенные из них включают:

1. Максималистское (дихотомическое) мышление в рамках формул «все или ничего», «черное или белое», «исключительно хорошо или исключительно плохо».

2. Сверхгенерализация, выражающаяся в восприятии отдельного события как характерного для жизни в целом, а не как одного из многих.

3. Персонализация, заключающаяся в представлении, что ты являешься причиной какого-то события, в то время как в действительности оно обусловлено другими причинами, типа «У моей знакомой сегодня плохое настроение, это связано с тем, что я ее чем-то расстроил». То, что ее плохое настроение может быть вызвано множеством других причин, во внимание не принимается.

4. Этикетирование, выражающееся в «наклеивании» на себя общей этикетки, например, на основе какой-то частной ошибки: «Я неудачник, ни к чему не пригодный человек».

5. «Чтение мыслей», характеризующееся основанном на ложной эмпатии заключении о том, что заинтересованное лицо/лица отрицательно оценивают пациента/пациентку и соответственно реагируют. Например, убежденность в том, что «они считают меня слабоумной», при отсутствии каких-либо видимых признаков, отражающих такое отношение.

Подобные нарушения мышления фиксируются в психике и оказывают постоянное влияние на эмоциональную сферу в виде одного из элементов порочного круга, усиливая отрицательные чувства. При этом очень важно понимать воздействие самих отрицательных чувств на когнитивную сферу.

Тем не менее при признании «первичности» эмоционального расстройства нельзя сбрасывать со счетов «вторичное» влияние нарушенных когниций на эмоциональную сферу. В рамках модели Дж. Претцера [42] автоматически воздействующие мысли провоцируют депрессивное настроение, а депрессивное настроение направляет мышление в депрессивное русло, что создает самоподдерживающийся цикл, в котором депрессивное настроение увеличивает вероятность автоматического появления отрицательных мыслей. Они, в свою очередь, усиливают депрессивное настроение, которое определяет направленность мышления.

Когнитивная терапия ставит своей задачей разрушение этого порочного круга. Мышление здесь расценивается в качестве важной составной части круга, она определяет восприятие индивидуумом реальности и его/ее реагирование на происходящие события.

Мышление в то же время не считается первопричиной психопатологического состояния. Когнитивная терапия не является исключительно когнитивной, она учитывает взаимодействие между мышлением, аффектом и поведением. Во главу угла ставится положение о том, что индивидуум имеет внутренние установки и убеждения, которые строятся с помощью нарушенной мыслительной функции. Эти неправильные умозаключения очерчивают восприятие реальности в определенном плане. Односторонняя интерпретация фактов и событий, поведения других людей приводит к соответствующим реакциям окружающих, провоцирует отрицательное их содержание, «подтверждая» правильность исходной установки пациентки/ пациента.

Когнитивная терапия была предложена как метод воздействия на депрессивные состояния А. Бек и соавт. [8]. Тем не менее модель может быть использована и при терапии личностных расстройств, при акцентуации внимания на факте, что воздействие порочного круга не

исчерпывается конкретными ситуациями, а может распространяться на длительный жизненный период, становиться преобладающей моделью отношений к себе и к окружающему миру.

В целом, когнитивная модель психических нарушений принимает во внимание, прежде всего, дисфункциональные автоматически возникающие мысли, установки и убеждения, а также дисфункциональное межличностное поведение. Все это становится мишенью вмешательства. Начальная цель когнитивной терапии – прерывание порочного круга, который действует как самозапускающаяся система, увеличивающая количество проблем. Прерывание порочного круга может быть достигнуто воздействием на его различные фрагменты. Для уменьшения риска рецидивов представляется важным насколько возможно исключить факторы, предрасполагающие к возникновению проблем, а также обучить пациента/пациентку адекватным способам справляться с трудными для них ситуациями.

Одной из составляющих когнитивной терапии является стимуляция процесса, называемого «направленным открытием». Специалист направляет пациента/пациентку, задавая вопросы, выясняя важные элементы проблемной ситуации. Происходит взаимное исследование возможных решений, составление плана действий и, наконец, использование его в конкретных целях. Направленное открытие характеризуется тем, что пациент/пациентка максимально вовлекаются в анализ проблем и их решений. У нее/него не должно возникать чувство пассивности, чувство навязывания специалистом своих взглядов и подходов. Происходит обучение способам поведения как в конкретной «сегодняшней» ситуации, так и использование приобретённых навыков в будущем.

Одной из важных первичных интервенций в когнитивной терапии является помощь в идентификации конкретных автоматических мыслей, возникающих в проблемных ситуациях. Кроме того, пациенты обучаются распознавать те отрицательные эффекты, которые возникают в связи с этими автоматическими мыслями. Пациенты «насыщаются» информацией, которая помогает им все более четко осознавать, что они находятся во власти негативного видения себя и окружающей реальности, что отрицательные мысли, установки и убеждения стали их жизненным кредо, что они спонтанно возникают в трудных ситуациях, молниеносно овладевая ими. Здесь важна не только текущая идентификация автоматически возникающих негативных мыслей, но и стимуляция воспоминаний из прошлого опыта, когда эти явления предопределяли неадекватное поведение. Пациенты, таким образом, обучаются необходимым навыкам самостоятельного мониторинга своего психического состояния (Self-Monitoring).

Происходит обучение формированию альтернативных деструктивному поведению подходов, что называют обучением «рациональным ответам». Пациенты приобретают навыки критического отношения к негативным автоматическим мыслям и установкам, способам сопротивления и формулирования альтернативных точек зрения [20].

Особое значение при когнитивной терапии личностных расстройств уделяется изменению межличностного поведения пациентов в ситуациях реальной жизни. Их обучают пониманию возможности и необходимости избегания ряда драматических межличностных проблем, наряду с изменением их привычного деструктивного мышления и негативных чувств.

Современные исследования обнаруживают, что неправильные убеждения, нарушения мышления имеют значение при каждом личностном расстройстве. Это относится, в частности, к пограничному [3], зависимому, обсессивно-компульсивному, параноидному, избегания и другим личностным расстройствам [10].

Когнитивная терапия личностных расстройств представляется более сложной, чем терапия депрессий, аддиктивных и других расстройств первой оси. Необходимо установление длительных и прочных отношений доверия и открытости между терапевтом и клиентом. Терапевтический подход, лежащий в основе терапии, А. Бек и соавт. [8] называют «коллаборативным эмпиризмом». В рамках коллаборативного эмпиризма терапевт помогает пациентке/пациенту идентифицировать факторы, создающие проблемы, оценить валидность мыслей, убеждений,

установок, которыми они пользуются в жизни, осознать необходимость изменения поведения и мышления. Активное сотрудничество в рамках терапевтических взаимоотношений между специалистом и пациентом особенно важно при лечении личностных расстройств, что определяет важность установления прочного терапевтического союза, на основе которого будет возможно проводить анализ конкретных жизненных ситуаций и используемых пациентом/пациенткой тактик и стратегий поведения.

Процесс установления коллаборативных отношений при личностных расстройствах происходит с трудом, т. к. пациенты обычно испытывают недостаток основного доверия (по К. Хорни), что мешает им раскрывать содержание своих мыслей и чувств. Они переносят на терапевта отрицательную модель отношений, сформировавшуюся на основании прежнего общения с другими людьми. Эта сторона процесса должна учитываться и даже заранее оговариваться. К возможному нарушению контакта во время терапии не следует относиться драматически. Необходимо стремиться разобраться в причинах неудачи и найти подходящие для пациентов интерпретации [37].

В начале когнитивной терапии целесообразно установить мотивацию/мотивации пациента/пациентки добиться чего-то, разрешить одну из многих проблем. Найденная мотивация может носить периферический, а не центральный характер, но на нее можно обоюдно опереться в работе в этом направлении. Успех в проведении терапии такого содержания значительно стимулирует пациентов, повышает их доверие к терапевту, что позволяет расширить поставленные задачи и постепенно выйти на центральные, наиболее актуальные для пациентов/пациенток, проблемы. Пациенту/пациентке очень важно чувствовать, что они активно участвуют в терапевтическом процессе, что их участие получает положительную оценку и вызывает уважение к ним терапевта. Опыт показывает, что психотерапевтическая работа в случаях личностных расстройств трудоёмка, требует терпения и больших затрат времени.

Современная когнитивная терапия предполагает выполнение пациентами «домашних заданий». Устанавливается, что лица, активно участвующие в самостоятельной работе в промежутках между сеансами психотерапии, достигают значительно большего эффекта, по сравнению с теми, кто пассивно ожидает следующей встречи с терапевтом. В межсессионное время пациенты имеют возможность заниматься самоанализом, сравнивать свое состояние в различные периоды, оценивать изменения, происходящие с начала терапии. В ходе самостоятельной работы могут формироваться новые когниции, возникать переоценки прежних убеждений, в том числе несогласия с терапевтом по различным конкретным вопросам. Такой процесс объективно полезен, т. к. способствует идентификации факторов, блокирующих дальнейший процесс в терапии [9].

В заключение, нужно отметить, что к настоящему времени накоплены данные об эффективности когнитивной терапии при разных формах личностных расстройств. Прежде всего, речь идет о самой валидности когнитивной концептуации личностных расстройств. Подтверждается значение сформировавшихся убеждений, мыслительных формул, их значение для ПЛР [3], а также расстройства избегания, зависимого, обсессивно-компульсивного, нарциссического и параноидного [10].

Что касается более объективизируемых данных об эффективности когнитивно-поведенчесской терапии при отдельных личностных расстройствах, то исследования с контролируемым исходом проводились при антисоциальном расстройстве, расстройстве избегания, пограничном расстройстве.

Г. Вуди (G. Woody) и соавт. [53] обнаружили, что лица с антисоциальным личностным расстройством, являющиеся одновременно аддиктами и страдающие большой депрессией положительно реагировали на когнитивную и поддерживающую психотерапию. Улучшение касалось 11 из 22 пациентов и включало психиатрические симптомы, злоупотребление препаратами, трудоустройство и нелегальные виды деятельности. Пациенты с признаками антисо-

циального расстройства без признаков большой депрессии проявляли улучшение только по 3 из 22 признаков. Полученные результаты сохранялись в течение 7 месяцев наблюдения.

А. Стравински (A. Stravinsky), Дж. Маркс (J. Marks), В. Юли (W. Yule) [49] показали, что когнитивная терапия в сочетании с кратковременным обучением социальным навыкам была эффективна при личностном расстройстве избегания: имело место снижение социальной тревоги, учащение социальных контактов и активностей.

М. Лайнехэн и соавт. [27, 28] продемонстрировали эффективность одногодичной когнитивно-поведенческой терапии при пограничном личностном расстройстве, включая уменьшение суицидального риска.

Терапия личностных расстройств при двойном диагнозе

Термин «двойной диагноз» относится, в частности, к лицам, страдающим личностными расстройствами и аддиктивной проблемой. Такого рода люди нуждаются в терапевтических подходах, учитывающих два вида нарушений, что значительно затрудняет эффективность вмешательства. В ряде исследований показано, что лица с психическими расстройствами, включая личностные нарушения, имеют повышенный риск развития аддиктивных расстройств [35, 43 и др.].

Имеются данные, указывающие на то, что устранение или снижение злоупотребления аддиктивными веществами приводит к улучшению или устранению нарушений настроения и тревоги, но в значительно меньшей мере к изменению основных симптомов самого личностного расстройства. Сам по себе этот факт свидетельствует о том, что личностные расстройства являются независимой нозологической категорией и требуют добавочных терапевтических вмешательств [5].

Ряд авторов приводит данные о том, что сосуществование злоупотреблений веществами, изменяющими психическое состояние, и личностных расстройств связано с усилением психиатрических симптомов, и с более деструктивным характером самих аддиктивных реализаций [11, 46 и др.].

П. Линкс (P. Links) [34] и М. Таргет (M. Target) [50] описывают в таких случаях повышенный риск суицида, частые госпитализации, юридические и трудовые проблемы поведения.

Пациенты/пациентки с двойным диагнозом более подвержены развитию неудержимого влечения к различным формам аддиктивных реализаций, в том числе и к употреблению веществ с аддиктивными свойствами. У них чаще возникают эмоциональные и соматические нарушения. Им свойственны частые межличностные конфликты [40]. У лиц с личностными расстройствами недостаточно интенсивная антиаддиктивная терапия редко приводит к предотвращению рецидивов.

В. Томас (V. Thomas), Т. Мелхерт (T. Melchert) и Дж. Бэнкин (J. Banken) [51] указывают в этом контексте на следующие данные: при стандартном внутрибольничном лечении после одного года у 94 % пациентов с личностными расстройствами произошел рецидив, в то время как у аддиктов без личностных расстройств рецидив диагностировался в 56 % случаев.

В то же время И. Нэйс и К. Дэвис (C. Davis) [40] отмечают, что прогноз у аддиктов с пограничным личностным расстройством (ПЛР) выглядел лучше (по сравнению с антисоциальным расстройством). Результаты интенсивной внутрибольничной терапии алкоголизма у них были не хуже, чем у аддиктов без признаков ПЛР.

Несмотря на преобладающую точку зрения о «неизлечимости» антисоциального личностного расстройства (АЛР), К. Ивэнс (K. Evans) и Дж. Салливэн (J. Sullivan) [16, 17] считают целесообразным разработку стратегий и тактик, которые могут быть эффективными в ряде случаев. Эта позиция строится на наблюдениях, свидетельствующих о том, что АЛР не является одинаковым по своей выраженности, а представляет собой последовательность (континуум), в которой представлены АЛР различной глубины: от очень интенсивной на одном полюсе до нарушения поведения и оппозиционного расстройства на другом. Например, носители сравнительно мягких форм АЛР более подвержены возникновению реакций страха и имеют лучшие шансы на их корректирование [19].

Одним из важных предвестников успеха терапии является возраст. Терапевтические вмешательства в детском и раннем подростковом возрасте более эффективны, что объясняется меньшей фиксированностью на антисоциальном поведении и большей контролируемостью детей и подростков авторитетными фигурами [22]. Лица с АЛР в среднем периоде жизни бывают мотивированы к терапии развитием длительных аффективных нарушений. И. Пиник

и соавт. (E. Penick et al.) [41] наблюдали у лиц с АЛР и алкоголизмом в состоянии депрессии и тревожного расстройства положительный эффект лечения антидепрессантами. Авторы пришли к выводу, что АЛР необязательно блокирует лечение коморбидного расстройства.

К. Ивэнс и Дж. Салливэн [16, 17] подчеркивают, что целью терапии при АЛР не является превращение пациента/пациентки в высокосенситивного, эмпатического человека, т. к. это недостижимо. Целью является адаптация индивидуума с АЛР, формирование у него/нее убежденности в том, что выполнение социальных правил поведения позволит им добиваться больших успехов, «лучше выглядеть» в социальном плане и уменьшить количество неприятностей в жизни.

Терапия лиц, страдающих АЛР и имеющих двойной диагноз (плюс алкогольная аддикция), имеет ряд специфических особенностей. К. Ивэнс и Дж. Салливэн называют их «тремя С»: corral (ограждение), confront (конфронтация) и consequences (последствия). Ограждение подразумевает необходимость нахождения пациентов/ пациенток в закрытой системе без права свободного передвижения. В противном случае они не будут систематически (или вообще не будут) посещать сеансы. Конфронтация подразумевает устранение психологических защит, используемых при АЛР. При этом важно, прежде всего, прорваться через барьер отрицания, используя когнитивные подходы.

Индивидуумы с АЛР должны понимать, что их лживые утверждения и объяснения распознаются специалистом. В то же время последнему следует не выступать в критической авторитарной роли, а прибегать к тактике разговора в форме «взрослый – взрослый» в модели трансактного анализа. Имеет значение способность специалиста разобраться в скрываемых лицами с АЛР мотивациях, стремлениях к определенным местам проведения времени, контактах с конкретными людьми, алкоголиками, наркоманами и другими антисоциальными лицами. Специалисту следует также обсуждать вопрос о том, какие дивиденды пациент/пациентка стараются извлечь для себя из консультации и терапии. Это может быть, например, смягчение меры наказания у осужденных лиц; стремление сохранить семейную жизнь, особенно в случаях, когда в ней создан «статус наибольшего благоприятствования» для употребления алкоголя или других веществ, изменяющих психическое состояние. Таким образом, могут быть найдены какие-то точки взаимного понимания на почве демонстрации пациенту/пациентке ошибок в их мышлении, которые объективно приводят не к получению удовольствия, а к ухудшению их социального положения и уменьшению возможностей гедонистических реализаций. К ошибкам в мышлении относятся часто встречающиеся минимизация негативных моментов, рационализация, обычная ложь. К. Ивэнс и Дж. Салливэн [16, 17] находят, что в процессе групповой терапии сильное воздействие на лиц с АЛР имеет дискуссия на тему о конкретных ошибках в мышлении.

Авторы акцентируют внимание на злоупотреблении алкоголем лицами с АЛР синдрома «королевского ребенка», заключающегося в раздутости ego без действительно высокой самооценки. «Я уникален/уникальна и я выше других людей» – такой девиз ассоциируется с противоположным: «Я ничего собой не представляю/Я – ничто». Такая конструкция провоцирует влечение к алкоголю. Последствия поведения в оценке лиц с АЛР ограничиваются антисоциальной установкой на получение удовольствия, кайфа, возбуждения, немедленного удовлетворения желаний. Отдаленные негативные последствия при этом не учитываются, не принимаются во внимание. Отсутствует страх негативных последствий. Лица с АЛР не анализируют связь постигшего их наказания со своим антисоциальным поведением, хотя, казалось бы, она очевидна. Несмотря на то что обучение лиц с АЛР пониманию большой вероятности или неизбежности отрицательных последствий антисоциального поведения всегда трудно, оно является важным элементом терапии.

Алкогольные аддикты с АЛР имеют ту особенность, что они не употребляют алкоголь так систематически, как обычные алкогольные аддикты. Тем не менее в состоянии алкогольной

интоксикации они причиняют, в целом, больше вреда [35]. Характерным для них является резкое усиление антисоциальных активностей при опьянении.

Коррекция созависимости входит в структуру терапии в качестве чрезвычайно значимого блока. Она направлена на разрушение ситуации «enabling» – создания статуса наибольшего благоприятствования для аддикта с АЛР, который метафорически иногда называют «тепличной обстановкой». Члены семьи аддикта с АЛР – обычно созависимые лица, которые используют неадекватные стратегии с целью удержать пациентов от злоупотребления веществами. Они включают контроль, протекцию и конкуренцию [45] и объективно приводят лишь к отрицательным последствиям, стимулируя усиление чувства безнаказанности, безответственность, проективные идентификации, отрицание проблемы.

Обучение членов семьи в этом контексте может оказаться полезным, хотя ситуация осложняется, если они сами имеют черты, свойственные АЛР. У созависимых членов семьи проявляются обычно признаки тревоги и депрессии, которые усиливаются невозможностью корригировать аддиктивное поведение их близких. Члены семьи антисоциальных аддиктов в буквальном смысле используют себя, свои эмоции, активность, мотивации, финансы и здоровье в безрезультатных попытках корригировать ситуацию.

Аддикты с АЛР проявляют четкую тенденцию обвинять в своих аддиктивных проблемах созависимых лиц, для чего используются, смотря по ситуации, разные формулировки типа: «Я делаю это в знак протеста против твоего мелочного контроля»; «Ты меня доводишь постоянной слежкой»; «Твоя защита унижает меня перед родственниками/соседями, поэтому я напиваюсь»; «Я не могу выносить эти постоянные упреки» и т. д.

Антисоциальные аддикты, как правило, ведут паразитический образ жизни, и когда это исчерпывает себя, разрывают брачные отношения, переходя в ситуацию поиска очередного созависимого партнера/партнерши. Такого рода отношения нередко устанавливаются между родителями (чаще матерью) и детьми и реализуются с использованием девиза: «Что мне остается делать, я его/ее мать. Он/она без меня окончательно сопьется, погибнет на улице». Все эти вопросы весьма актуальны для терапии, и семейная коррекция является методом выбора.

К. Ивэнс и Дж. Салливэн [16, 17] полагают, что в коррекции антисоциальных аддиктов возможно использование двенадцатишаговой модели, с учетом их личностных особенностей. Подчеркивается важность «первого шага» как стержневого элемента в терапии: «Я признаю свое бессилие перед алкоголем» (или другим аддиктивным агентом). Признание бессилия обусловлено тем, что аддикты должны понять, что они не в состоянии контролировать как употребление, так и его последствия. Важна идентификация потери контроля над поведением во время употребления алкоголя, своего бессилия, а также распознавание ошибочных умозаключений, используемых для оправдания употребления аддиктивных агентов и других форм антисоциального поведения (манипулирования, обмана, безответственности, сваливания собственной вины на других и т. д.). Необходимо заострять внимание антисоциальных аддиктов на опознавании ими негативных последствий антисоциального поведения.

Лица с пограничным личностным расстройством (ПЛР) обнаруживают тенденцию к периодическому злоупотреблению веществами, изменяющими психическое состояние, что негативно влияет на их профессиональный рост [48].

Сохранение трезвости, таким образом, является основной задачей для лиц с ПЛР, страдающих алкогольной аддикцией или периодическим злоупотреблением алкоголем, что относится и к употреблению других аддиктивных веществ. К. Ивэнс и Дж. Салливэн [16, 17] приравнивают трезвость у этих пациенток/пациентов к безопасности. Они считают, что 12-шаговая модель в состоянии многое предложить пограничным аддиктам, в частности способствовать избавлению от негативного «Я»-имиджа. Положительное значение может иметь написание автобиографии и ее анализ, использование свободного рассказа о своей жизни (нарратив), несмотря на наличие в анализе драматических и психотравмирующих событий.

Аддиктивные тенденции у лиц с ПЛР проявляются, в особенности, в случаях их воспитания в аддиктивных семьях, где в повседневной жизни присутствовал алкогольный сценарий. Интенсивное употребление алкоголя у лиц с ПЛР может входить в структуру импульсивного поведения, ограничиваясь рамками последнего, но может также выступать как способ устранения неприятных переживаний, изменения общего фона неудовлетворенности собой и окружающим миром. В последнем варианте наблюдается нередко смена компульсий с фиксацией на еде (переедание), азартной игре, сексе и др.

П. Линкс и соавт. [33] показали, что использование лицами с ПЛР веществ, изменяющих психическое состояние, приводит к усилению симптомов нарушения, в том числе самоповреждающего поведения. Увеличивается риск физической травматизации, сексуального насилия, несчастных случаев.

К. Ивэнс и Дж. Салливэн [16] предлагают некоторую специфику в применении 12-шаговой программы для пограничных аддиктов. Они подчеркивают наличие «ужасной комбинации», при которой ПЛР смешивается с химической зависимостью. Помимо прочего, в таких случаях задерживается приобретение новых навыков. По «первому шагу», с точки зрения авторов, важно фокусировать внимание на неуправляемости по отношению к алкоголю и другим аддиктивным веществам. Необходимо добиваться идентифицирование пациенткой/пациентом ситуаций, когда употребление алкоголя оказывалось вне контроля и вызывало проблемы. Термин «бессилие» ужасает пограничных аддиктов, т. к. они воспринимают его не как метафору, а как что-то очень конкретное, относящееся к их ego.

«Второй шаг», по существу, является декларацией веры. «Мы пришли к убеждению, что Сила большая, чем наша, может вернуть нас к здоровью». Проблема в том, что для лиц с ПЛР вера и связь с высшей силой бывают трудно рефлексируемыми. Эти лица живут текущим моментом, они мало способны к планированию своего будущего. Поэтому вера и надежда на улучшение в будущем для них труднодостижимы. Учитывая данную особенность, «второй шаг» разделяется на небольшие фрагменты. Для этого пациенткам/пациентам предлагается обсудить, в чем их выпивка/злоупотребление веществ носили ненормальный характер; привести несколько примеров положительных переживаний, происшедших во время неприбегания к аддиктивным средствам; описать даже незначительные положительные события в их жизни со времени воздержания.

Специального внимания требует концепция «Высшей Силы». Нужно выяснить особенности индивидуального проявления религиозного чувства, его проекций в плане веры в Бога, в Природу, во Что-то неопределяемое, но Присутствующее, в Целесообразность, в Смысл жизни.

В проработке «третьего шага» («мы приняли решение доверить нашу волю и наши жизни заботе Бога, как мы Его понимаем») пациентки/пациенты обучаются избавляться от навязчивых мыслей, прекращать бессмысленные попытки сверхконтроля других людей, событий. Используются символические действия, как, например, написание на бумажках списка проблем, от которых наиболее трудно избавляться, сожжение записок и захоронение пепла; привязывание таких бумажек к воздушному шарику и отпускание его в воздух. Здесь учитывается тот факт, что многие пограничные пациенты верят в силу символических ритуалов.

Лица с двойным диагнозом (ПЛР + аддикция) нуждаются в консультациях и лечении высококвалифицированными специалистами, имеющими опыт быстрого реагирования на возможность деструктивных импульсивных действий. Требуется знание семейной ситуации, значимых интимных отношений, зон риска, предрасполагающих к самоповреждениям, суицидам и агрессии.

Зонами риска для пограничных аддиктов (как и в целом для лиц с ПЛР) являются переживания покидания, касающиеся, прежде всего, интимных отношений, включая сам страх покидания, конфликты со значимым, находящимся в «тандемных» отношениях партнером/партнершей, и реальное покидание. Эмоциональная поддержка в таких состояниях крайне

важна, она способна предотвратить деструктивное реагирование, в том числе и аддиктивные реализации.

С. Балл (S. Ball) [5] в 2004 году предложил в случаях личностных расстройств, отягощенных аддикцией, модель терапии, названной «Схемой терапии двойного фокуса» (СТДФ). Она основывается на гипотезе, согласно которой ядром патологии при личностных расстройствах является взаимодействие двух обширных когнитивно-бихевиоральных конструктов: 1) ранних дезадаптивных схем и 2) дезадаптивных стилей поведения, отражающих эти дезадаптивные схемы. Первичной целью терапии являются вмешательства, направленные на снижение интенсивности влияния дезадаптивных схем и развитие более адаптивных способов поведения. Идеальная цель СТДФ предполагает достижение контроля над поведением и получение пациентами возможности удовлетворения значимых общечеловеческих потребностей. Используются различные методы снижения нарушений как на первой оси (аддикция, кратковременные психические расстройства), так и на второй оси (симптомы личностных расстройств).

По определению А. Бека и соавт. [9] и Дж. Янга [54], ранние дезадаптивные схемы представляют собой устойчивые отрицательные убеждения в отношении себя других людей и окружающей среды. Вокруг этих дисфункциональных убеждений организовываются все основные переживания и поведение. Схемы формируются в раннем периоде жизни, развиваются постепенно, становятся все более сложными и начинают влиять на все более широкие области жизни. У лиц с личностными расстройствами дисфункциональность этих схем резко выражена, они чрезвычайно ригидны и резистентны к попыткам их изменения. Дж. Янг [54], он же с соавт. [55] приводит следующие характеристики ранних дезадаптивных схем. Они:

1) развиваются во взаимодействии темперамента и повторяющихся отрицательных переживаний в контактах с наиболее близкими людьми (родители, сиблинги, сверстники);

2) генерируют высокий уровень аффекта, имеют самопоражающие последствия или приносят вред другим;

3) мешают основным потребностям в автономии, самовыражении и межличностных контактах;

4) глубоко внедряются в психику, становятся центральными в «Я»;

5) «запускаются» (активизируются) каждодневными событиями или состояниями настроения.

Дж. Янг [54], С. Балл (S. Ball), Р. Шоттенфелд (P. Schottenfeld) [4] не связывают специфические схемы с конкретными формами личностного расстройства, но приводят 18 основных схем. В каждом личностном расстройстве присутствует одна или более из них.

Кластер «А»:

1) покидание/нестабильность;
2) недоверие/насилие;
3) эмоциональная депривация;
4) дефективность/стыд;
5) социальная изоляция/отчуждение.

Все эти схемы объединяются в кластер «Нарушение связей и отталкивание».

Кластер «Б»:

6) зависимость/некомпетентность;
7) сверхчувствительность к опасности;
8) смешивание/недоразвитый «Я»;
9) невозможность достижения.

Эти схемы объединяются в кластер «Нарушение автономии и выполнения».

Кластер «В»:

10) привилегированность/доминирование;
11) недостаточный самоконтроль/самодисциплина.

Схемы объединяются в кластер «Нарушение границ».

Кластер «Г»:

12) подчинение;

15) самопожертвование;

16) поиск одобрения.

Кластер называется «Другая направленность».

Кластер «Д»:

17) сверхчувствительность к ошибкам, негативность;

18) сверхконтроль/эмоциональное подавление.

Признаки объединяются в кластер «Сверхбдительность и подавление».

На основе дезадаптивных схем формируются дезадаптивные стили поведения, включающие длительные, бессознательно возникающие когнитивные и поведенческие реакции. Эти реакции носят самопоражающий характер. Дж. Янг и соавт. [55] разделяют стили поведения на: а) подчиняющиеся ранней дезадаптивной схеме; б) избегающие схему и в) компенсирующие схему.

СТДФ идентифицирует аддикцию в качестве первичного расстройства, но также учитывает активацию дисфункциональной схемы и дезадаптивного избегания (избегание людей, ситуаций и настроений, активирующих схему) как факторы, увеличивающие риск рецидива у лиц с личностными расстройствами. В рамках модели аддиктивная реализация может возникнуть как непосредственное следствие активации различных дезадаптивных схем и личностных особенностей.

СТДФ проводится в течение 24 недель, она носит строго индивидуальный характер, концентрируясь на установлении основных ранних дезадаптационных схем с последующим терапевтическим воздействием на них. Проводится профилактика рецидивов возврата к дисфункциональным формам поведения, обусловленным автоматическим переключением на прежние алгоритмы (дисфункциональные схемы).

СТДФ представляет собой интегрированное коррекционное воздействие с двойным фокусом – на аддиктивные реализации и на личностное расстройство. У пациентов активизируются самоанализ, поиск самостоятельного решения проблем и навыков предупреждения реализации аддиктивных желаний и обострений проявления симптомов личностного расстройства [5, 36, 39].

Список литературы

1. *American Psychiatric Association.* Practice Guideline for the treatment of Patients with Borderline Personality Disorders. American Journal of Psychiatry (October Supplement), 2001, 158, 14.

2. *American Psychiatric Association.* Practice Guideline for the treatment of Patients with Borderline Personality Disorders. American Journal of Psychiatry (October Supplement), 2001, 158, 36–37 p.

3. *Arntz, A., Dietzel, R., Dreesen, L.* Assumptions in Borderline Personality Disorder. Specifity, Stability and Relationship with Etiological Factors. Behavior, Research and Therapy, 1999, 37, 545–557 p.

4. *Ball, S., Schottenfeld, R.* A Five-Factor Model of Personality and Addiction, Psychiatric, and AIDS Risk Severity in Pregnant and Postpartum Cocaine Misusers. Substance Use and Abuse, 1997, 32, 25–41 p.

5. *Ball, S.* Treatment of Personality Disorders with Co-occurring Substance Dependence: Dual Focus Schema Therapy. In J. Magnavita (Ed.) Handbook of Personality Disorders. Hoboken, NY, Wiley, 2004, 398–425 p.

6. *Bateman, A., Fonagy, P.* Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. American Journal of Psychiatry, 1999, 156, 1563–1569 p.

7. *Beck, A., Burns, D.* Cognitive Therapy of Depressed Suicidal Out patients. In J. Cole, A. Schatzberg, S. Frazier (Eds.) Depression. Biology, Psychodynamics and Treatment. New York and London, 1976, 199–211 p.

8. *Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G.* Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford Press, 1979.

9. *Beck, A., Freeman, A., Pretzer, J.*et al. Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, Guilford Press, 1990.

10. *Beck, A., Butler, A. Brown, G., Dahlsyaard, K., Newman, C., Beck, J.* Dysfunctional Beliefs Discriminate Personality Disorder. Behavior, Research and Therapy, 2001, 39, 1213–1225 p.

11. *Brooner, R., King, V.* et al. Psychiatric and Substance Abuse Comorbidity Among Treatment-Seeking Opioid Abusers. Archives of General Psychiatry, 1997, 54, 71–80 p.

12. *Brown, M., Comtois, K., Linehan, M.* Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women With Borderline Personality Disorder. Journal of Abnormal Psychology, 2002, 111, 198–202 p.

13. *Clarkin, J., Yeomens, F., Kernberg, O.* Psychotherapy for Borderline Patients. New York, Guilford Press, 1999.

14. *Coccaro, E., Siever, h., Klar.* et al. Serotoninergic Studies in Patients with Affective and Personality Disorders. Archives of General Psychiatry, 1989, 46, 587–599 p.

15. *Coccaro, E., Kavoussi, R.* Fenoxetine and Impulsive Agressive Behavior in Personality Disordered Subjects. Archives of General Psychiatry, 1997, 54, 1081–1088 p.

16. *Evans, K., Sullivan, J.* Treating Addicted Survivors of Trauma. New York, Guilford Press, 1995.

17. *Evans, K., Sullivan, J.* Dual Diagnosis. New York, London, Guilford Press, 2001.

18. *Frunces, A., Clarkin, J.* No Treatment as the Presoription of Choise. Archives of General Psychiatry, 1981, 38, 542–545 p.

19. *Gacono, C., Meloy, J., Berg, J.* Object Relations, Defensive Operations and Affective States in Narcissistic, Borderline and Antisocial Personality Disorder. Journal of Personality Assessment, 1992, 59, 32–49 p.

20. *Greenberger, D., Padesky, C.* Mind Over Mood: A Cognitive Therapy Treatment Manual For Clients. New York, Guilford Press, 1995.

21. *Gunderson, J., Elliot, G.* The Interface Between Borderline Personality Disorder and Affective Disorder. American Journal of Psychiatry, 1985, 142, 277–288 p.

22. *Holland, R., Moretti, M., Verlan, V., Peterson, S.* Attachment and Conduct Disorder: The Response Program. Canadian Journal of Psychiatry, 1993, 38, 420–431 p.

23. *Howard, K., Kopta, S., Krause, R.* et al. The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. American Psychologist, 1986, 41, 159–164 p.

24. *Kessler, R.* The Effects of Stressful Life Events on Depression. Annual Review of Psychology, 1997, 48, 191–214 p.

25. *Kernberg, O.* Borderline Personality Organization. Journal of the American Psychoanalysis Association, 1967, 15, 641–685 p.

26. *Koenigsberg, H., Kernberg, O., Stone, M.* et al. Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability. New York, Basic Books, 2000.

27. *Linehan, M., Tutek, D., Heard, H.* Interpersonal and Social Treatment Outcomes in Borderline Personality Disorder. Paper Presented on the 20th Annul Conference of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Boston, 1992.

28. *Linehan, M., Heard, H., Armstrong, H.* Naturalistic Follow-Up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. Archives Of General Psychiatry, 1993, 50, 971–974 p.

29. *Linehan, M.* A Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. A. Franses (Ed.). New York, Guilford Press, 1993.

30. *Linehan, M.* A Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York. Guilford Press, 1993.

31. *Linehan, M.* Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford Press, 1993.

32. *Linehan, M.* Treating Borderline Personality Disorder. New York, Guilford Press, 1995.

33. *Links, P., Helgrave, R.* et al. Borderline Personality Disorder and Substance Abuse: Consequences of Comorbidity. Canadian Journal of Psychiatry, 1995, 40, 9–14 p.

34. *Links, P.* Developing Effective Services for Patients with Personality Disorders. Canadian Journal of Psychiatry, 1998, 43, 251–259 p.

35. *Longabaugh, R., Beattie, M.,* et al. The Effects of Social Investment on Treatment Outcome. Journal of Studies on Alcohol, 1993, 54, 465–478 p.

36. *Marlatt, G., Gordon, J.* Relapse Prevention. New York, Guilford Press, 1985.

37. *Mays, D.* Behavior Therapy With Borderline Personality Disorders. In D. Mays, C. Franks (Eds.), Negative Outcome in Psychotherapy and What To Do About It. New York, Springer, 1985, 301–311 p.

38. *Meare, R., Stevenson, J., Comerford, A.* Psychotherapy with Borderline Patients: A Comparison Between Treated and Untreated Cohorts. Australia-New Zealand Journal of Psychiatry, 1999, 33, 467–472 p.

39. *Monti, P., Abram, D., Kadden, R., Cooney, N.* Treating Alcohol Dependence. New York, Guilford Press, 1989.

40. *Nace, E., Davis, C.* Treatment Outcome in Substance Abusing Patients with a Personality Disorder. American Journal of Addictions, 1993, 2, 26–33 p.

41. *Penick, E., Powell, B., Campbell, J.* e t al. Pharmacological Treatment for Antisocial Personality Disorder Alcoholics. Alcohol Clinical and Experimental Research, 1996, 20,477–484 p.

42. *Pretzer, J.* Cognitive Therapy of Personality Disorders. In J.Magnativa (Ed.) Handbook of Personality Disorders. Hoboken, N.Y., Wiley, 2004, 169–193 p.

43. *Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B.* et al. Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. Journal of the American Medical Association, 1990, 264, 2511–2518 p.

44. *Robins, C., Koons, C.* Dialectical Behavior Therapy of Severe Personality Disorders. In J. Magnavita (Ed.) Handbook of Personality Disorders. Hoboken, NY. Wiley, 2004, 221–253 p.

45. *Roche, H.* The Addiction Process. Health Communications. Deerfield Beach. Florida, 1989.

46. *Rutherford, M., Cacciola, J., Alterman, A.* Relationship of Personality Disorders with Problem Severity in Methadone Patients. Drug and Alcohol Dependence, 1944, 35, 69–76 p.

47. *Sieves, L., Davis, K.* A Psychobiological Perspective on Personality Disorders. American Journal of Psychiatry, 1991, 148, 1647–1658 p.

48. *Stewart, S.* Alcohol Abuse in Individual Exposed to Trauma. Psychological Bulletin, 1996, 120, 83–112 p.

49. *Stravinski, A., Marks, J., Yule, W.* Social Skills Problems in Neurotic Outpatients: Social Skills Training With and Without Cognitive Modification. Archives of General Psychiatry, 1982, 38, 1378–1385 p.

50. *Target, M.* Outcome Research on the Psychosocial Treatment of Personality Disorders. Bulletin of the Menninger Clinic, 1998, 62, 215–230 p.

51. *Thomas, V., Melchert, T., Banken, J.* Substance Dependence and Personality Disorders: Comorbidity and Treatment Outcome in an Inpatient Treatment Population. Journal of Studies on Alcohol, 1999, 60, 271–277 p.

52. *Watkins, P., Mathews, A., Williamson, D., Fuller, D.* Mood Congruent Memory in Depression: Emotional Priming or Elaboration? Journal of Abnormal Psychology, 1992, 101,581–586 p.

53. *Woody, G., McLellan, A., Luborsky, L., O'Brien, C.* Sociopathy and Psychotherapy Outcome. Archives of General Psychiatry, 1985, 42, 1081–1086 p.

54. *Young, J.* Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, 1994.

55. *Young, J., Klosko, J., Weishaar, M.* Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York, Guilford Press, 2003.